

Luces y sombras en cirugía bariátrica*

Dr. RAFAEL ÁLVAREZ C.^{1,2}

¹ Hospital Ángeles del Pedregal, Ciudad de México, México.

² Ex-presidente Internacional Federation for Surgery of Obesity (IFSO).

Lights and Shadows in bariatric surgery

En todos los campos de la ciencia hay episodios luminosos que transforman nuestro mundo y lo hacen mejor, pero hay también momentos sombríos, que nos muestran que el ser humano tiene aún mucho por recorrer para lograr su desarrollo pleno y cabal.

En cirugía de la obesidad esto también es cierto; luces y sombras han marcado estos cincuenta años de nuestra disciplina, que vale la pena revisar atentamente.

Luces. La cirugía de la obesidad es la disciplina quirúrgica que ha tenido el mayor desarrollo en todo el mundo en los últimos 25 años¹.

Sombras. Pero es la disciplina quirúrgica que ha sufrido más ataques, críticas y descalificaciones por parte de los colegas médicos, internistas, endocrinólogos y no pocos cirujanos².

Luces. La creatividad de los cirujanos ha sido proverbial; desde los primeros ensayos clínicos en 1954 hasta el momento actual, cirujanos de todo el mundo han diseñado técnicas quirúrgicas y estrategias para controlar la obesidad; cientos de publicaciones en revistas científicas y de divulgación confirman lo anterior³.

Sombras. Pero es preciso reconocer que solamente unas cuantas técnicas ha superado la prueba del tiempo, de la reproducibilidad, la seguridad y la eficacia que requiere una técnica quirúrgica;

muchas otras técnicas han sido abandonadas después de un breve intervalo de éxito que no ha podido ser reproducido por otros cirujanos³.

Luces. El éxito de la cirugía de la obesidad, medido en términos de exceso de peso perdido, o descenso del Índice de Masa Corporal, o kilogramos perdidos, es extraordinario, y en diversas técnicas es de aproximadamente 80% a 5 y 10 años; ésta cifra es superior a la obtenida en otros padecimientos, como por ejemplo cirugía de corazón (bypass coronario, stents) 60%, cirugía de columna 50%, cirugía de cerebro 60-70%⁴.

Sombras. En todas las técnicas de cirugía bariátrica habrá siempre pacientes que no logran el resultado esperado, porque tienen poca pérdida de peso, o porque la pérdida es excesiva, con desnutrición, anemia y otras deficiencias, o porque a pesar de haber logrado la meta, el paciente no se siente satisfecho por el resultado.

Luces. La cirugía bariátrica mejora el metabolismo de los carbohidratos, mejora la hipertensión arterial, la apnea del sueño, las lesiones óseas y articulares, la esteatosis hepática, las dislipidemias, etc, los casos más notables son la corrección de la diabetes y la corrección o normalización de la hipertensión arterial⁵⁻⁷.

Sombras. Pero a pesar de esos éxitos, aún desconocemos mucho de lo que estamos haciendo,

*Recibido el 5 de Abril de 2009 y aceptado para publicación el 15 de Mayo de 2009.

Conferencia dictada en el III Congreso Latinoamericano IFSSO, Viña del Mar, Chile, 3 de abril, 2009.

Correspondencia: Dr. Rafael Álvarez Cordero
Torre Ángeles, Suite 630. Periférico Sur # 3697. Colonia Héroes de Padierna.
México 10700 D.F. México.
E-mail: raalvare@infosel.net.mx

dado que no sabemos por qué algunos pacientes no corrigen sus comorbilidades a pesar de haber bajado de peso, y lo que es más desconcertante, no sabemos por qué otros pacientes sí corrigen esas comorbilidades; hay diversas teorías al respecto pero no hay una sola que explique, fuera de toda duda, por qué ocurren estos cambios⁸.

Luces. La calidad de vida mejora ostensiblemente en la mayor parte de los enfermos operados, y eso lo expresan claramente a su cirujano cuando hablan de una "vida nueva", o de que "nunca imaginaron sentirse tan bien"⁹.

Sombras. Pero los cirujanos de obesidad siempre conoceremos a alguien que no está satisfecho y nos reclama porque no ha logrado lo que se proponía, tal vez porque tenía expectativas irreales respecto a la cirugía, -como la recuperación del afecto o amor del compañero-, o porque los resultados son parciales, porque la piel sobrante se cuelga, porque se tuvo una nueva ganancia de peso, o porque los familiares y amigos, llamados "saboteadores íntimos", afectan al paciente y lo hacen sentir mal.¹⁰

Luces. La cirugía bariátrica es positiva en relación al costo/beneficio comparada con el tratamiento médico convencional; el estudio del grupo Sueco SOS es contundente, ya que se estudiaron dos grupos de pacientes obesos. A la mitad se le realizó la cirugía y a la otra mitad se les dio tratamiento médico; a los diez años, la diferencia fue altamente significativa, hubo en el grupo de los no operados mayor morbilidad y mayor mortalidad, con costos superiores a los del grupo de enfermos operados¹¹.

Sombras. Pero como todos sabemos, si hay una complicación, los costos de atención suben astronómicamente, con mayores lapsos de hospitalización, tratamientos costosísimos (alimentación parenteral, antibióticoterapia, etc), reoperaciones y defunciones¹².

Luces. Muchos cirujanos pioneros han colaborado para difundir la buena cirugía bariátrica, la información y la experiencia han sido transmitidas a las nuevas generaciones de una manera abierta, generosa, desinteresada; muchos de nosotros estaremos perennemente agradecidos a esos maestros que nos enseñaron todo sin pedir nada a cambio.

Para preparar mejor a los nuevos cirujanos, ya se ha establecido en México la primera residencia en cirugía bariátrica, que se llevará a cabo en un año, después de los tres años de especialización en Cirugía General.

Sombras. Pero debemos reconocer que, la falta de adiestramiento y la osadía de algunos colegas, ha dado por resultado la realización de operaciones inadecuadas, con mala indicación quirúrgica, con pobres estudios preoperatorios, sin el apoyo de un

grupo multidisciplinario, lo que da por consecuencia una tasa de morbimortalidad inaceptable, justificada por la llamada "curva de aprendizaje", eufemismo que oculta la falta de adiestramiento, preparación y supervisión quirúrgica¹³.

Luces. La cirugía bariátrica es un éxito, nadie lo duda, y esto hace que muchos colegas tengan cada día más trabajo y operen muchos enfermos, lo que es satisfactorio desde todo punto de vista.

Sombras. Pero el éxito profesional y quirúrgico tal vez resulte en un fracaso humanístico, dado que esos cirujanos pueden olvidar que están interviniendo seres humanos, se dedican a operar "casos", de los que sólo saben su peso e Índice de Masa Corporal, después de la operación no los vuelven a ver, y en poco tiempo, estos cirujanos se convierten en "operadores", y pierden la esencia de la buena Medicina, que es una sana relación médico-paciente.

Luces. La IFSO y muchas Sociedades afiliadas han elaborado guías para todo el proceso de atención del enfermo obeso: guías para selección de pacientes, guías para la preparación de los cirujanos, para las instalaciones en los hospitales, para la creación de Clínicas de Cuidado Integral del obeso, para acreditación de hospitales y cirujanos.

Sombras. Pero desafortunadamente hay quienes no hacen caso de esas guías de buena práctica quirúrgica, y realizan operaciones en pacientes que no tienen indicación quirúrgica, en hospitales sin instalaciones adecuadas, sin el apoyo de un grupo multidisciplinario.

Luces. La cirugía bariátrica cuenta entre sus filas a cirujanos, internistas e investigadores que con apoyo de empresas interesadas diseñan nuevas técnicas, entre las que se pueden señalar NOTES (cirugía por orificios naturales), estimulación electrónica del estómago o cerebro (marcapasos), utilización de células madre, medicina genómica y otras, que incluyen el uso de neurotransmisores, incretinas etc, con objeto de lograr la solución definitiva de la obesidad¹⁴.

Sombras. Pero en ocasiones se confunde la investigación con una experimentación azarosa y sin fundamento, la innovación con la improvisación no científica, y eso es importante porque daña no sólo la reputación de la cirugía bariátrica, sino que pone en peligro vidas humanas¹⁵.

Luces. Y ahora se abren nuevas perspectivas en eso que se llama Cirugía Metabólica, y los pacientes diabéticos pueden tener por el momento una nueva esperanza de resolver en forma definitiva su padecimiento¹⁶.

Sombras. Pero a pesar de todas las investigaciones realizadas, aún no se conoce el mecanismo por el cual los pacientes alivian su diabetes y, dado

que el tiempo transcurrido es aún corto, se ignora si la corrección de la diabetes se mantendrá en el tiempo¹⁷.

En resumen, estamos viviendo uno de los episodios más fascinantes en la historia de la cirugía, hemos sido testigos y actores de un cambio en los paradigmas de la medicina y la cirugía como nunca antes se había vivido. Nuestros maestros rompieron los viejos moldes y estructuras anquilosadas y abrieron para nosotros un mundo nuevo de desafíos y realizaciones que aún no termina.

Podemos estar satisfechos y orgullosos, gracias a la cirugía bariátrica se ha podido cambiar la vida de cientos de miles de individuos cuya obesidad los marginaba de la sociedad, ocasionaba enfermedades lastimosas y mortales, y acortaba sus vidas.

Pero no debemos olvidar que somos seres humanos que debemos agradecer a cada paciente el que ponga su vida en nuestras manos; esto ya lo mencionaba hace cuatro siglos Ambrosio Paré, médico francés, verdadero Padre de la Cirugía, cuando señalaba que los éxitos en cirugía -que él realizaba en tiendas de campaña durante las batallas-, no deben hacernos olvidar los fracasos, que siempre existirán; él escribió "*todo cirujano tiene un cementerio en su corazón, que debe visitar con frecuencia para seguir siendo humilde*"¹⁸; esto lo deberemos tener en cuenta para ser, cada día, los mejores cirujanos, los mejores seres humanos.

Referencias

1. Deitel M. The Internacional Federation for Surgey of Obesity, a History. *Obes Surg* 2007; 11: 243-244.
2. Álvarez CR. Treatment of Clinically Severe Obesity. *World J Surg* 1998; 22: 905-906.
3. Fobi ML. Operations which are Questionable for Control of Obesity. *Obes Surg* 1993; 3: 197-200.
4. Álvarez CR. Cirugía Bariátrica. Academia Nacional de Medicina, México, junio 2004.
5. O'Brian PE, Dixon JB, Laurie C, Skinner S, Proietto J, McNeil J, et al. Treatment of mild to moderate obesity with laparoscopic adjustable gastric banding or an intensive medical program: a randomized trial. *Ann Int Med* 2006; 144: 625-633
6. Baltasar A, Serra C, Pérez N, Bou R, Bengochea M, Ferri L. Laparoscopic sleeve gastrectomy: a multi-purpose bariatric operation. *Obes Surg* 2005; 15: 1124-1128.
7. MacDonald KG Jr, Long SD, Swanson MS, Brown BM, Morris P, Dohm GL, et al. The gastric bypass operation reduces the progression and mortality of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Gastrointest Surg* 1997; 1: 213-220.
8. Álvarez CR. The future of IFSO, Editorial. *Obes Surg* 2008; 18: 878.
9. Oria HE, Moorhead M. Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Obes Surg* 1998; 8: 487-499.
10. Álvarez CR. Obesidad y Autoestima. Editorial Plaza y Valdés, México, 2006, pp 99-104.
11. Sjoström L, Lindros AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, Diabetes and Cardiovascular Risk Factors 10 Years After Bariatric Surgery. *NEJM* 2004; 351: 2687-2693.
12. Martin LF, White S, Lindstrom W Jr. Cost-Benefit Analysis for the Treatment of Severe Obesity. *World J Surg* 1998; 22: 1008-1017.
13. Angels P. Complications, Errors and Surgical Ethics. *World J Surg* 2009; 33: 609-611.
14. *New Frontiers in Science*. Scientific Amer 2004; 290: 34-43.
15. Guarner V. Improvisación, innovación y experimentación en cirugía, un grave problema ético. *Gac Med Mex* 2008; 144: 445-448.
16. First World Congress on Interventional Therapies for Type 2 Diabetes. New York, sept 15-16, 2008.
17. Rubino F. Consensus on Metabolic Surgery. XIII World Congress of IFSO, Buenos Aires, Argentina, 26 septiembre 2008.
18. Paré A. Dix livres de la Chirurgie avec le Magasin des Instruments necessaires à icelle en The Apologie and Tresatise of Ambroise Paré. Falcon Educational Books, Londres, 1951.