

CIRUGÍA BARIÁTRICA METABÓLICA

Coral Montalbán Carrasco. Servicio de Endocrinología, Diabetes y Nutrición. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.
Ricardo Batanero Maguregui. Servicio de Endocrinología, Diabetes y Nutrición. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.
Luis Alberto Vázquez Salvi. Servicio de Endocrinología, Diabetes y Nutrición. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción

La **cirugía bariátrica metabólica (CBM)** sigue siendo el tratamiento más efectivo y duradero para el abordaje de la obesidad severa. Debido a la reducción de la morbilidad, así como la mayoría de la calidad de vida en relación con la pérdida de peso significativa y mantenida en el tiempo, se considera un tratamiento altamente coste-efectivo. Hoy en día existen diversas técnicas quirúrgicas consolidadas y un abanico cada vez más amplio de procedimientos endoscópicos.

El éxito de la CBM implica el conocimiento de estas técnicas y sus potenciales complicaciones, la adecuada selección del paciente, su preparación prequirúrgica, el seguimiento nutricional y psicológico, así como la valoración peri y postoperatoria dentro de un programa de atención continuada y multidisciplinaria.

Diagnóstico

Indicaciones de cirugía bariátrica metabólica

Actualmente hay un amplio consenso internacional para incluir como candidatos para CBM a pacientes que presenten:

- IMC ≥ 40 kg/m², independientemente de la presencia o severidad de comorbilidades asociadas.
- IMC ≥ 35 kg/m² con al menos una enfermedad asociada a la obesidad que sea susceptible de mejoría tras la pérdida de peso.
- IMC ≥ 30 kg/m² con DM tipo 2 mal controlada a pesar del tratamiento médico optimizado.

Para algunas poblaciones, como la asiática o la afroamericana, los puntos de corte del índice de masa corporal (IMC) se deben reducir en 2,5 kg/m².

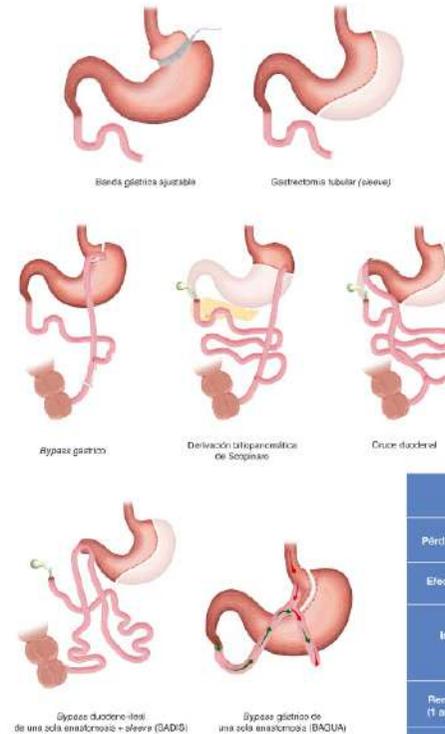
Parámetros analíticos nutricionales en el estudio preoperatorio	Comorbilidades asociadas a la obesidad susceptibles de mejoría tras la CBM
Recomendados: Perfil lipídico, vitamina B12, ácido fólico 25-OH-vitamina D, calcio, PTH	Nivel de evidencia alto: Diabetes mellitus tipo 2
Opcionales (en pacientes que van a ser sometidos a técnicas malabsorptivas o si se sospecha deficiencia): Vitaminas A y E Cobalto, zinc y selenio	Nivel de evidencia moderado: Alto riesgo de diabetes (resistencia a la insulina, prediabetes, síndrome metabólico) Hipertensión arterial mal controlada Síndrome de apnea obstructiva del sueño Esteatosis hepática y esteatohepatitis no alcohólica Osteoartritis de rodilla y cadera Incontinencia urinaria
No recomendados (por falta de evidencia): Tiamina, magnesio	Nivel de evidencia bajo: Síndrome obesidad-hiperventilación Enfermedad por reflujo gastroesofágico Hipertensión intraocular idiopática Esteatosis venosa severa

Enfoque multidisciplinar

Es esencial para el éxito de la CBM. Esto implica una evaluación preoperatoria, selección de pacientes, cuidado postoperatorio integral, apoyo nutricional y asesoramiento psicológico. El seguimiento regular y la adherencia a las recomendaciones posquirúrgicas son cruciales para mantener la pérdida de peso y lograr resultados positivos a largo plazo, así como para una mejora continua del proceso.



Enfoque terapéutico



MECANISMOS IMPLICADOS EN LA PÉRDIDA DE PESO

BYPASS GÁSTRICO	MECANISMO	GASTRECTOMÍA VERTICAL
++	Restricción calórica	++
↓	Ghrelin	↓↓
+	Aversión a alimentos	-
+	Cambio en gusto/olfato	+
↑↑↑	↑ Ácidos biliares	↑
↑↑↑	FGF-19	↑
↑↑↑	PYY	↑
+	Tubojo adiposo pardo	
++	Metabolización grasa	
↑↑	GLP-1	↑
↓		
↑	Oximetrolidina	
↑	Calcitonina	↑
↓	Gastina	↑
↑	Naustronina	

CARACTERÍSTICAS DE LAS PRINCIPALES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

	Gastrectomía vertical (sátere) (GV)	Bypass gástrico (BPG)	SADI-S
Pérdida de peso (%)	25	30	40
Efecto metabólico	+/	++	+++
Indicaciones preferidas	IMC menor gravado Fluente a otra técnica en IMC > 45 No preobesores	DM2 RGE	IMC > 45 IMC
Reducción de DM2 (1 año) (%)	27-29/15	52/22-30	60
Mejoría o resolución de complicaciones (%)	30-40	75-80	70-80
Limitaciones	Reflujo gastroesofágico (RGE)	Necesidad de suplementación	Necesidad de suplementación Seguimiento muy largo plazo
Complicaciones precoces frecuentes	Vómitos Distensión Dehiscencias Hemorragias Obstrucciones Esteatosis Colestasis	Dureza Dehiscencias Hemorragias Obstrucciones Esteatosis Colestasis	Reflujo biliar Dumping
Complicaciones tardías frecuentes	Fugas por distensión del reservorio	Denutrición de vitaminas y minerales Obstrucciones Úlcera de boma anastomótica	Denutrición de vitaminas, minerales y proteínas Esteatosis

CUANTIFICACIÓN DE RESULTADOS

	% pérdida de exceso de peso	IMC final
Excelente	> 75 %	< 30 kg/m ²
Buena	50-75 %	30-35 kg/m ²
Malas	< 50 %	> 35 kg/m ²

No olvides...

- La cirugía bariátrica metabólica es efectiva para proporcionar resultados sustanciales y sostenibles de pérdida de peso fundamentalmente en obesidad de grado 2 y 3. Además, mejora significativamente las comorbilidades relacionadas con la obesidad y la calidad de vida de los pacientes.
- El éxito y la seguridad para los pacientes necesitan de un abordaje multidisciplinario y mantenido en el tiempo, con una selección y preparación adecuadas del paciente candidato.
- Es fundamental conocer las técnicas quirúrgicas y endoscópicas a fondo, los mecanismos mediante los que se produce la pérdida de peso y mejoría de las distintas comorbilidades, así como las potenciales complicaciones a corto, medio y largo plazo.
- Los pacientes y el sistema sanitario deben entender que la inclusión en un programa de cirugía bariátrica metabólica supone aceptar una modificación importante del estilo de vida, una suplementación nutricional en muchos casos, la realización periódica de análisis nutricionales y metabólicos y el seguimiento a largo plazo por un endocrinólogo que coordina a un equipo multidisciplinario para prevenir y solucionar posibles complicaciones.