

Bypass de Intestino Delgado por Obesidad*

Rodrigo Campos Rojas
Manuel Aguilar Bonilla
Alfonso Campos Rojas

Carlos Arguedas Chaverri

Eric Mora Morales
Gilberto Mejía Porras
Guy Greenwood

Obesidad exógena masiva ha sido definida por Scott como el aumento de peso en dos a tres veces el peso ideal, manteniendo este nivel por un período de por lo menos 5 años. Otros autores lo han definido como el exceso de peso de por lo menos 100 libras en relación con tablas de peso ideal establecidas previamente, tomando en cuenta la altura, configuración física y edad del paciente. Estamos de acuerdo, al igual que la mayor parte de los autores, que el tratamiento de elección en pacientes obesos sigue siendo una dieta bien balanceada, con restricción en el aporte calórico. Cuando este aporte calórico es menor a la energía empleada, los depósitos de grasa son movilizados y utilizados como energía, disminuyendo de peso, lógicamente, el paciente. Sin embargo, existen en la práctica un grupo de pacientes que fracasan rotundamente con este tipo de terapia, constituyendo un serio problema de tipo social, económico y mental. Terapia de grupo, hipnosis y organizaciones privadas dedicadas a la ayuda de estos pacientes, generalmente a base de programas dietéticos y psicoterapia, fracasan en igual forma. Reportes estadísticos por otro lado demuestran, como los presentados por Strunkard y McLaren, la frecuencia en el fracaso del tratamiento no quirúrgico de estos pacientes, demostrando que únicamente el 12 a 25 % de pacientes en grandes series, eran capaces de disminuir en 20 libras su curva ponderal. Los primeros reportes acerca del tratamiento quirúrgico de estos pacientes aparecieron hace ya 21 años, cuando Kremer en 1954 en la discusión de un trabajo sobre aspectos nutricionales del intestino delgado, describió un paciente en el cual había realizado una yeyuno-ileostomía-terminal para la reducción de peso. Payne en 1956, inició el primer programa clínico-quirúrgico para el tratamiento de estos pacientes y abrió el camino para reportes posteriores basados en el aporte personal de Scott, Salmon y Buchwald. Es por lo anterior, que en los Servicios de Cirugía y Endocrinología del Hospital México de la Caja Cos-

tarricense de Seguro Social, hemos iniciado un programa conjunto con el propósito de brindar tratamiento efectivo a estos pacientes.

MATERIAL Y METODOS.

Hemos realizado hasta el momento, 11 intervenciones quirúrgicas en 10 pacientes, seleccionando los mismos de acuerdo al criterio de la Universidad de Minnesota basado en: 1.— Aumento de más de 100 libras de peso de acuerdo al peso ideal. 2.— Haber recibido tratamiento médico por lo menos 5 años antes de la intervención. 3.— Ausencia de enfermedad metabólica o endócrina conocida. 4.— Capacidad mental y estabilidad emocional para tolerar la operación y las secuelas postoperatorias. 5.— Historia de alcoholismo negativo.

Seis pacientes fueron del sexo femenino y cuatro del masculino. La edad de los mismos osciló entre 27 y 51 años y el peso entre 215 y 400 libras. A todos los pacientes se les practicó un estudio clínico completo, realizándose además de los exámenes de laboratorio de rutina, pruebas de función hepática, C.T.G., colesterol, triglicéridos, fosfolípidos y electroforesis de lípidos, estableciéndose en esta forma su tipo de enfermedad metabólica, de acuerdo a la clasificación de Fredrickson. A todos los pacientes y sus cónyuges se les explico, en qué consistía la operación y sus riesgos trans y postoperatorios. En todos los casos se usó una incisión transrectal derecha amplia. Una vez realizada la hemostasis cuidadosa del tejido celular subcutáneo, se abrió la cavidad abdominal, practicándose apendicectomía en los casos en que este órgano existía. Se palpó la vesícula para comprobar la presencia o no de litiasis, y a partir del tercer caso, se practicó biopsia de hígado en el borde libre del lóbulo derecho. Se procedió entonces a practicar el bypass de intestino delgado, yeyuno-ileal, según la técnica de Scott anastomosando las 18 pulgadas proximales al ángulo de Treitz con las 12 pulgadas de ileon proximales a la válvula ileocecal en forma término-terminal, en los primeros tres casos y las 12 y 8 pulgadas, respectivamente,

* Médicos de los Servicios de Medicina y cirugía, Hospital México. Caja Costarricense del Seguro Social.

de yeyuno e ileón, en el resto de los casos. El cabo distal de yeyuno se cerró a muerte y el distal de ileon se anastomosó en forma término-lateral a colon transverso. Todos los pacientes se cerraron por planos, dejándose 3 a 4 puntos de tensión. En ningún caso se usaron suturas en el tejido celular subcutáneo.

RESULTADOS.

En los 3 primeros casos, en los cuales la longitud del bypass fue mayor, la pérdida de peso fue notoria en el primer y tercer caso, no así en el segundo el cual fue reintervenido 6 meses después por fracaso en la pérdida de peso. El promedio fue de 4 a 5. A partir de este momento cambiamos la técnica, usando 12 y 8 pulgadas, respectivamente, basadas en la experiencia quirúrgica de Scott y los resultados han sido excelentes. El promedio de deposiciones ha sido de 8 el primer mes, 6 el segundo, 5 el tercero y 2 a 3 evacuaciones semilíquidas para el sexto mes. La pérdida de peso tan importante en algunos pacientes, como de 140 libras en los primeros 6 meses. Únicamente una complicación hemos tenido en el postoperatorio inmediato, que fue una infección de la herida operatoria en el primer paciente y una tardía, de litiasis ureteral izquierda en el quinto paciente, se expulsó en forma espontánea. El promedio de estancia hospitalaria fue de 9 días y todos los pacientes se han controlado mensualmente, teniendo un régimen libre de dieta. Los valores de Hg. y Hto. descendieron discretamente en los primeros 6 meses y el colesterol y triglicéridos en forma importante.

demostrándose que en una serie de 100 pacientes consecutivos sometidos a dieta, únicamente el 12 0/o perdieron 20 libras y sólo un paciente 40 libras, además de que el 28 0/o no volvieron a consultar después de la primera visita. La mortalidad global de estos pacientes está además francamente aumentada, pues existe una relación directa entre el grado de obesidad, aterosclerosis, hipertensión y disminución del PO₂ pulmonar. Tromboflebitis, coleditiasis, diabetes mellitus, problemas ortopédicos, carcinoma de endometrio y colon, son algunas de las complicaciones que aumentan la morbilidad en estos pacientes. Nosotros hemos obtenido, como se pudo observar en la gráfica, que la pérdida de peso fue sustancial en 9 de los 10 pacientes intervenidos, con un mínimo de complicaciones. Si bien es cierto que los reportes de algunos autores mencionan una íntima relación entre este tipo de cirugías y múltiples complicaciones debidas no sólo al acto quirúrgico en sí, sino también a trastornos en el equilibrio hidroelectrolítico y nutricional, nosotros consideramos que pueden ser controlados adecuadamente con una selección minuciosa de los casos y un control postoperatorio mensual, hasta un año posterior a la intervención. Probablemente, en el momento actual, las complicaciones hepáticas en pacientes con obesidad mórbida tratados quirúrgicamente, son las que han recibido mayor atención. Los resultados de las diferentes series consultadas no son uniformes. Por ejemplo, en la serie presentada por el Dr. Weistman, del Departamento de Cirugía del "Mary Hitchcock Memorial Hospital" de Hannover, que consta de 305 pacientes sometidos a este tipo de cirugía desde Enero de 1965 hasta diciembre de 1974, 5 fallecieron por insuficiencia hepática severa comprobada histológicamente y 6 requirieron reanastomosis de la continuidad del intestino, debido a la seriedad de las complicaciones hepáticas. Generalmente éstas se presentaron en el primer año posterior a la intervención, constituyendo únicamente un 1.2 0/o de mortalidad y un 3.9 0/o de morbilidad por esta complicación. En otro estudio muy amplio, presentado por P. Salmon, publicado en S.G.O. de Julio 75, se demuestra que aún cuando la infiltración grasa del hígado ocurre más frecuentemente en los 500 días posteriores al bypass, es difícil determinar su verdadera frecuencia, pues la mayoría de los pacientes obesos tienen ya depósitos de grasa mayores en el hígado, que el resto de la población, antes de la intervención quirúrgica puede proporcionar una total rehabilitación a este tipo de pacientes, siempre y cuando el estudio y escogencia de los pacientes sea llevado a cabo en forma conjunta por los servicios de Medicina, Endocrinología y Cirugía, con el fin de garantizar los resultados de

C.C.S.S.-HOSPITAL MEXICO
SECCION DE CIRUGIA

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS BY PASO INTESTINO DELGADO

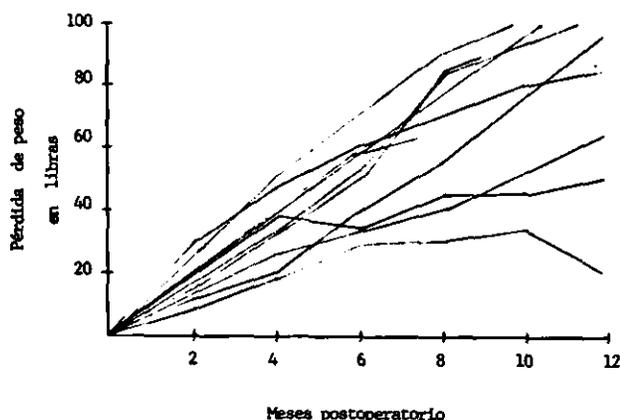
Nº de Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Diarrea	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Desequilibrio H.E.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hipocalcemia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hipokalemia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anemia	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Pérdida de peso	-	-	-	+	-	+	-	-	+	-
Poliartralgias	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
Litiasis ureteral	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Insuf. hepática	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

COMENTARIO

Se han revisado recientemente, por diferentes autores, los resultados sobre el tratamiento no quirúrgico de pacientes con obesidad masiva,

los pacientes sometidos a este nuevo tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida masiva.

TABLA II



RESUMEN.

Se presenta la experiencia quirúrgica de bypass de intestino delgado en pacientes con obesidad mórbida masiva. Se practicaron 11 intervenciones quirúrgicas en 10 pacientes, obteniéndose excelentes resultados en 9 de los 10 pacientes operados. La pérdida de peso fue tan buena como de 165 libras en los primeros 18 meses.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Buchwald, H. et Al: H. et Al: A bypass operation for obese hiperlipidemia. *Surgery* 70:62, 1970.
- 2- Buchwald H. et Al: Current problems in Surgery Intestinal bypass. *Procedures*, April 1975.
- 3- Payne, J. and De Wind, S.: Surgical treatment of obesity. *American Journal of Surgery*, 118-141, 1969.
- 4- Salmon P et Al: Fatty metamorphosis in patients with jejunoileal bypass. *S.G.I.* July 1975, p. 75.
- 5- Scott H.W. et Al: Changes in Hiperlipidemia and Hyperlipoproteinemia morbidly obese patients treated by jejunoileal bypass. *S.G.O.*, March 1974, p. 353.
- 6- Weismann, R.: Surgical palliation of massive and severe obesity. *Am. J. of Surgery* 125-437, 1973.

