Procedimientos intestinales para la obesidad patológica y la hiperlipidemia

29

BERNARD SIGEL
JUNJI MACHI
HOWARD ZAREN

Las técnicas de bypass intestinal se han realizado para el tratamiento de dos situaciones diferentes: la obesidad patológica y la hiperlipidemia. El bypass yeyunoileal se aplica para el tratamiento de la obesidad patológica. Con esa técnica, gran parte del intestino delgado es excluida de la función absortiva de los productos de la digestión. Los bypass ileales parciales se realizan para tratar la hiperlipidemia grave. En esta técnica, sólo el tercio distal del intestino delgado es excluido con un procedimiento de bypass. Esta operación se realiza cuando resulta imposible el tratamiento de la hiperlipidemia grave mediante la dieta u otros medios conservadores.

En el tratamiento de la obesidad patológica, el bypass yeyunoileal es capaz de producir una reducción importante del peso corporal, pero se acompaña de numerosas complicaciones que han obligado al abandono de este procedimiento.[1,4,9,11]

En la hiperlipidemia, el bypass intestinal parcial produce, en apariencia, una reducción considerable y se cree permanente de los niveles de colesterol total y de lipoproteínas de baja densidad (LDL). Este procedimiento se investiga en un estudio clínico multicéntrico prospectivo.[5-8]

Estas dos operaciones serán consideradas en este capítulo por diferentes razones. Aun cuando el bypass yeyunoileal es considerado como una técnica obsoleta, existen numerosos pacientes que han sido operados con ella y tanto los clínicos como los cirujanos, que se dedican al problema de la obesidad y de las afecciones digestivas deben estar capacitados para reconocer los problemas que pueden surgir en este grupo de pacientes, así como para tratar sus complicaciones. El bypass ileal parcial, aplicado para la hiperlipidemiua, se presenta en este capítulo porque se trata de una técnica que se encuentra en estado de investigación sistemática para establecer su valor en el tratamiento general de la arteriosclerosis y sus complicaciones. Las investigaciones realizadas sobre esta operación aplicada para el manejo de esas complicaciones requiere prolongados seguimientos. Los estudios prospectivos realizados sobre el bypass ileal parcial, que fueron comenzados en 1975, estarán terminados en 1990:[5] sin embargo, algunos de sus resultados preliminares parecen positivos en relación con la capacidad que esa derivación presenta para mantener una prolongada reducción de los niveles de colesterol total y de LDL colesterol.

BYPASS YEYUNOILEAL PARA LA OBESIDAD PATOLÓGICA

El bypass yeyunoileal fue introducido por DeWind y Payne en 1956.[10] La operación consiste en excluir la mayor parte del intestino delgado, dejando sólo cortos segmentos de yeyuno e íleon como zonas capaces de absorber los nutrientes en el aparato digestivo. La operación consiste en la realización de una anastomosis término-lateral o látero-lateral entre el yeyuno proximal y el íleon distal dejando que el segmento desfuncionalizado del intestino delgado drene en forma directa en el colon.

El bypass yeyunoileal ha mostrado ser efectivo para provocar la reducción del peso corporal en las personas con obesidad patológica y debido a esta capacidad se han realizado muchas operaciones desde su introducción. Una de las ventajas de esta operación es que exige pocas modificaciones en la conducta alimentaria del paciente porque la técnica se basa en la reducción de la capacidad absortiva del tracto intestinal.

Aunque ha sido efectivo para provocar la reducción sostenida de peso en la mayor parte de los pacientes con obesidad patológica, el bypass yeyunoileal se ha asociado en forma frecuente con diversas complicaciones.[1,9,9a,11] Esas complicaciones son dolores cólicos abdominales, diarrea, infecciones perianales, desequilibrios electrolíticos, pululación bacteriana en el segmento excluido e hiperoxaluria asociada con nefrolitiasis. La complicación más ominosa del bypass yeyunoileal es la alteración hepática, que puede llegar a la insuficiencia y, en algunos casos, a la muerte. La razón por la cual esta alteración hepática es una grave complicación se vincula con la naturaleza asintomática de ese problema, que sólo se hace evidente cuando el transtorno ya está muy avanzado. Por esa razón, todos los pacientes que han recibido un bypass yeyunoileal deben ser seguidos en forma cuidadosa durante el resto de su vida para estar seguros de que la función hepática permanece dentro de límites normales. Si se advierten alteraciones en las pruebas funcionales hepáticas, el cuidado prestado debe ser aun más estrecho. Muchas veces esa situación requiere una biopsia hepática para poder efectuar un estudio más completo del problema hepático.

Todos los cirujanos que tratan pacientes que han recibido bypass yeyunoileales deben conocer el tipo y la magnitud de las diversas complicaciones que pueden surgir y de las indicaciones existentes para realizar una operación que devuelva al tracto intestinal su función normal. Las indicaciones para una reconstrucción de la continuidad intestinal son la presencia de una o más de las graves complicaciones de esta situación. Ello es de particular importancia cuando existe alteración hepática, que puede no hacerse aparente hasta meses o años después que el bypass ha sido practicado.

Las indicaciones para la restauración de la continuidad intestinal se relacionan con el tipo y la gravedad de la complicación producida por el bypass yeyunoileal. La alteración hepática y la hiperoxaluria, causante de la litiasis renal recurrente, son las dos complicaciones que crean una amenaza directa para la vida del paciente. La aparición de nefrolitiasis, o de una alteración hepática definida, debe influir con fuerza la decisión de restaurar la continuidad intestinal. Los pacientes pueden estar menos deseosos de aceptar el consejo para restaurar la continuidad inestinal en presencia de esas complicaciones que cuando existen otras que producen síntomas continuos (diarreas o dolores abdominales cólicos), pero las complicaciones que en forma inicial son las menos sintomáticas pueden acarrear los mayores riesgos en términos de la evolución final.

Una vez que se ha adoptado la decisión de restaurar la continuidad intestinal, se debe considerar la ejecución de una operación gástrica restrictiva que se espera pueda evitar que el paciente recupere peso en forma excesiva. No obstante y en estas circunstancias, resulta necesario tener en cuenta dos advertencias antes de llevar a cabo la operación gástrica restrictiva. La primera preocupación es que el paciente debe tomar conciencia de que el éxito de la operación gástrica restrictiva depende del control ejercido sobre la dieta. La operación gástrica restrictiva produce una saciedad temprana que evita que el paciente consuma más de lo correspondiente a una comida simple, pero el efecto positivo de esa operación puede ser superado si el paciente resuelve ingerir un excesivo aporte calórico mediante la repetición de pequeñas comidas. El paciente necesita comprender que, a diferencia de lo que sucede con los hábitos alimentarios cuando se posee un bypass yeunoileal, luego de las operaciones gástricas restrictivas la modificación de la conducta alimentaria es una verdadera necesidad. De otra forma la operación fracasa en su intento de evitar que el paciente recupere un peso excesivo.[2,3]

La segunda preocupación que debe tenerse en cuenta al considerar una operación gástrica restrictiva efectuada en un paciente al que se le restaura la continuidad intestinal para corregir complicaciones provocadas por el bypass yeyunoileal, es la determinación del estado de nutrición y de la función hepática, que deben ser evaluados en forma completa. Si el paciente presenta una depleción nutricional marcada o graves modificaciones en las pruebas funcionales hepáticas, es probable que la operación gástrica restrictiva deba ser evitada.

BYPASS INTESTINAL PARCIAL PARA LA HIPERLIPIDEMIA

El bypass intestinal parcial se utiliza para tratar la hiperlipidemia. Se trata de una técnica introducida por Buchwald y col. en 1963[5-8] que consiste en el bypass exclusivo del tercio distal del íleon. Este procedimiento se asocia con mucho menos complicaciones que el bypass yeyunoileal aplicado en la obesidad patológica. La complicación principal que ofrece el bypass ileal parcial parece ser la hiperoxalemia y la posibilidad de producir nefrolitiasis. El bypass ileal parcial no condiciona una significativa pérdida de peso ni tampoco produce alteraciones de la función hepática. El bypass ileal parcial ha mostrado ser efectivo para reducir los niveles de los lípidos sanguíneos asociados con las complicaciones de la arteriosclerosis, en especial la enfermedad coronaria. La operación

es capaz de producir una reducción marcada de los valores de colesterol total y LDL.[7] Los estudios de arteriogramas aislados, efectuados luego del bypass ileal parcial, han demostrado la reversión de las lesiones arterioscleróticas destructivas encontradas en las arterias.[6]

Para establecer en forma sistemática y científica el valor del bypass ileal parcial para el tratamiento de la hiperlipidemia, a partir de 1975 se ha iniciado un estudio randomizado, controlado y multicéntrico.[5,7,8] Este estudio, denominado POSCH (Program of the Surgical Control of Hyperlipidemias) (Programa para el control quirúrgico de las hiperlipidemias) está programado para terminar en 1990. En este estudio se han incluido pacientes con enfermedad coronaria probada con arteriografías luego de infartos de miocardio y está destinado a evaluar el efecto del bypass ileal parcial sobre los lípidos sanguíneos, los signos arteriográficos y la morbimortalidad. Aunque todavía no ha sido terminado, el estudio POSCH ha aportado resultados preliminares referidos a la evolución sufrida por los niveles de los lípidos séricos. Esos resultados indican que parece haber una significativa y sostenida reducción de los niveles del colesterol total y del LDL. Estas reducciones exceden las observadas en otros estudios en los que se utilizaron dieta y drogas liporreductoras, aisladas o combinadas. El bypass yeyunoileal parcial no debe ser confundido con el bypass intestinal parcial para la hiperlipidemia. El bypass yeyunoileal debe ser abandonado para dar lugar a las operaciones gástricas restrictivass cuando están indicadas. Ha sido muy grande la insatisfacción producida por los elevados índices de complicaciones asociadas con el bypass yeyunoileal y ello ha servido para impulsar el desarrollo de las operaciones gástricas restrictivas. El resultado del bypass ileal parcial para la hiperlipidemia debe esperar la terminación del estudio POSCH. Los resultados de ese estudio han de ser un poderoso determinante que ayude a identificar el papel futuro del bypass intestinal en la prevención de las complicaciones de la arteriosclerosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adibi, S.A., and Stanko, R.T.: Perspectives on gastrointestinal surgery for treatment of morbid obesity: The lesson learned. Gastroenterology, *87*:1381, 1984.
2. Bray, G.A., and Gray, D.S.: Medical progress: Obesity. Part I: Pathogenesis. West. J. Med., *149*:429, 1988.
3. Bray, G.A., and Gray, D.S.: Medical progress: Obesity. Part II: Treatment. West. J. Med., *149*:555, 1988.
4. Brown, E.: Questions and answers: Diagnostic and therapeutic technology assessment (DATTA). JAMA, *261*:1491, 1989.
5. Buchwald, H., Fitch, L., and Varco, R.L.: Ileal bypass for hyperlipidemia. World J. Surg., *9*:850, 1985a.
6. Buchwald, H., Fitch, L., and Varco, R.L.: Surgical intervention in atherosclerosis: Partial ileal bypass and the program on surgical control of the hyperlipidemias (POSCH). Pharmacol. Ther., *29*:93, 1985b.
7. Campos, C.T., Matts, J.P., Fitch, L.L., et al., and POSCH Group. Lipoprotein modification achieved by partial ileal bypass: Five-year results of the program on the surgical control of the hyperlipidemias. Surgery, *102*:423, 1987.
8. Campos, C.T., Matts, J.P., Santilli, S.M., et al., and POSCH Group: Predictors of total and low-density lipoprotein cholesterol change after partial ileal bypass. Am. J. Surg., *155*:138, 1988.
9. Carey, L.C., Martin, E.W., Jr., and Mojziski, C.: The surgical treatment of morbid obesity. Curr. Probl. Surg., *21*:1, 1984.

9a. Cole, H.M.: Questions and answers: Diagnostic and therapeutic technology assessment (DATTA). JAMA, *261*:1491, 1989.

10. DeWind, L.T., and Payne, J.H.: Intestinal bypass surgery for morbid obesity. JAMA, *236*:2298, 1976.
11. Hocking, M.P., Duerson, M.C., O'Leary, J.P., and Woodward, E.R.: Jejunoileal bypass for morbid obesity. N. Engl. J. Med., *308*:995, 1983.