

CIRUGÍA BARIÁTRICA: UNA ACERTADA OPCIÓN TERAPÉUTICA

BARIATRIC SURGERY: A SUCCESSFUL THERAPEUTIC OPTION

La cirugía bariátrica es, hasta el momento, el tratamiento más efectivo para el manejo de personas con obesidad severa o mórbida, la que se considera con un índice de masa corporal (IMC) >40 ó >35 cuando el sobrepeso se acompaña de enfermedad metabólica.

Los procedimientos quirúrgicos más utilizados son el *bypass* en Y de Roux (BP) y el *sleeve* o manga gástrica (MG), los cuales son en general seguros y efectivos. Producen un descenso de peso significativo en el corto y mediano plazo (entre seis meses y un año del mismo), y reducen la morbimortalidad de los pacientes con mejoría de las alteraciones metabólicas. En un amplio porcentaje de casos se observa remisión de las mismas.

Dentro de las alteraciones metabólicas se encuentran la diabetes tipo 2 (DM2), la hipertensión arterial y la dislipemia asociada a la obesidad con triglicéridos elevados, HDL bajo y LDL normal o elevado pero a expensas de LDL pequeñas y densas. Este cuadro metabólico genera la posibilidad de eventos cardiovasculares, más allá de las alteraciones cardíacas que puede acarrear por sí misma la obesidad (por ejemplo, mayor prevalencia de fibrilación auricular -FA-)¹.

En humanos el tejido adiposo almacena el 25% del colesterol corporal total y en individuos obesos puede llegar al 50%. Cada adipocito guarda 0,5 mg de colesterol por cada gramo de triglicéridos. La síntesis es escasa dentro de la célula y la mayoría se extrae de LDL y de quilomicrones. En momentos de expansión del tejido adiposo este puede obtener colesterol también de las HDL con mediación del receptor *scavenger* B1 o sin él².

Es por este motivo que un descenso de peso del 10% puede disminuir un 20% los triglicéridos, un 15% el colesterol LDL y aumentar hasta un 10% la fracción HDL. El descenso masivo del tejido adiposo luego de los procedimientos bariátricos conduce a una importante mejoría de esta dislipemia³.

El ímpetu original para la cirugía como tratamiento de la hipercolesterolemia fue dado por el grupo *Program on the Surgical Control of de Hyperlipidemias* (POSCH) integrado por Buchwald et al., quienes reportaron en 1974 (era pre estasinas) la efectividad del *bypass* ileal para controlar la hipercolesterolemia⁴. Este procedimiento disminuía la absorción del colesterol y descendía la mortalidad en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) previo, y fue validado en 1990 por este mismo grupo⁵.

Metaanálisis recientes como el de Carswell et al. corroboraron, en 7.814 personas con BP, que el colesterol total, LDL y los triglicéridos se reducen en forma estadísticamente significativa hasta cuatro años después del evento quirúrgico, mientras se observa un aumento de HDL desde el año en adelante⁶.

En el interesante trabajo realizado por la Dra. Susana Gutt y el equipo de Cirugía Bariátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires, publicado en esta edición, se observa cómo ambos procedimientos (BP y MG) generan un descenso estadísticamente significativo de los triglicéridos y el LDL, con mejoría en los valores de HDL. Este dato no es sorprendente pero sí llama la atención que ambos procedimientos produzcan un descenso lipídico sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos, ya que siempre se consideró el BP (posiblemente por la malabsorción de grasas que puede generar) como el tratamiento ideal para esta particular dislipemia⁷.

En un metaanálisis de Heffron et al. -donde se evaluaron 178 estudios con 25.189 pacientes (IMC pre cirugía 45,5±4,8 kg/m²) con 47.779 pacientes/año de seguimiento- se observó una reducción de los lípidos con todas las técnicas quirúrgicas pero solo con el BP se conseguía que este descenso fuera significativo luego del año de la operación⁸. La diferencia en la disminución de los triglicéridos

entre procedimientos fue más evidente al año del mismo, y fue en los pacientes con BP un 50% mayor que en los operados con MG.

El mantenimiento de este éxito terapéutico en el largo plazo depende de diversos factores; la verdadera espada de Damocles que se mantiene sobre estos pacientes es la reganancia de peso con la concomitante reaparición de la patología metabólica.

Es por eso que se sugiere un seguimiento crónico con un equipo entrenado en el manejo de la alimentación, el ejercicio, las emociones y las conductas durante por lo menos el año post cirugía. Sería aconsejable que los autores pudieran medir

en un año los lípidos en este grupo de pacientes para verificar si los datos se mantienen. De ser así la MG crecería como opción muy adecuada para un número más amplio de pacientes.

Dra. Estrella Menéndez

Médica especialista en Nutrición

Coordinadora del Programa de Control de Peso y Cirugía Bariátrica de la Obra Social Luis Pasteur

Médica del Programa de Reeducción

Alimentaria y Cirugía Bariátrica

de Swiss Medical Group

BIBLIOGRAFÍA

1. Feng T, Vegard M, Strand L, et al. Metabolically healthy obesity and risk for atrial fibrillation: the HUNT Study. *Obesity* 2019; 27:332-338.
2. Bays HE, Jones PH, Jacobson TA, Cohen DE, Orringer CE, Kothari S, Azagury DE, Morton J, Nguyen NT, Westman EC, Horn DB, Scinta W, Primack C. Lipids and bariatric procedures part 1 of 2: scientific statement from the National Lipid Association, American Society for Metabolic and Bariatric Surgery, and Obesity Medicine Association. *J Clin Lipidol* 2016; 10: 33-57.
3. Bays HE, Kothari SN, Azagury DE, Morton JM, Nguyen NT, Jones PH, Jacobson TA, Cohen DE, Orringer C, Westman EC, Horn DB, Scinta W, Primack C. Lipids and bariatric procedures part 2 of 2: scientific statement from the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery, the National Lipid Association and Obesity Medicine Association (OMA). *Surg Obes Relat Dis* 2016; 12: 468-495.
4. Buchwald H, Moore RB, Varco RL. Surgical treatment of hyperlipidemia. 3. Clinical status of the partial ileal bypass operation. *Circulation* 1974; 49:122-37.
5. Buchwald H, Varco RL, Matts JP, Long JM, Fitch LL, Campbell GS, Pearce MB, Yellin AE, Edmiston WA, Smink RD Jr, et al. Effect of partial ileal bypass surgery on mortality and morbidity from coronary heart disease in patients with hypercholesterolemia. Report of the Program on the Surgical Control of the Hyperlipidemias (POSCH). *The New England Journal of Medicine* 1990; 323:946-55.
6. Carswell KA, Belgaumkar AP, Amiel SA, Patel AG. A systematic review and meta-analysis of the effect of gastric bypass surgery on plasma lipid levels. *Obes Surg* 2016; 26: 843-855.
7. Gutt S, Saez MS, Beskow A, Tamaroff AJ, Gutiérrez MM, Lorenzón MV, Sorroche P. Impact of different bariatric techniques on the lipid profile in obesoes. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes* 2018; Vol. 52 N°3:71-74.
8. Heffron SP, Parikh A, Volodarskiy A, Ren-Fielding C, Schwartzbard A, Nicholson J, Bangalore S. Changes in lipid profile of obese patients following contemporary bariatric surgery: a meta-analysis. *Am J Med* 2016; 129:952-959.