



FEAD
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO



TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Debemos de entender la obesidad como una verdadera enfermedad y afrontarla terapéuticamente como tal, dado que cuando se alcanza un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 30 kg/m², condiciona la aparición de trastornos de salud importantes. El riesgo de padecer estas enfermedades (comorbilidades) están relacionadas con el exceso de peso, de modo que a mayor exceso mayor riesgo. De ahí la importancia de conseguir controlar el peso estableciéndolo en unos límites “saludables”.

El tratamiento de la obesidad debe de individualizarse y globalmente debe afrontarse dentro de una Unidad Multidisciplinar, donde al paciente se le aporte apoyo nutricionista, psicológico y médico.

El primer paso en el tratamiento de la obesidad es la **mejoría en los hábitos alimentarios** y el incremento de la actividad física para disminuir la masa grasa. Distintos estudios demuestran que aquellos pacientes que siguen regularmente los controles por un dietista y un psicólogo especializados obtienen mejores resultados ponderales que aquellos otros que no mantienen ningún seguimiento médico.

Actualmente se recomiendan **dietas** no muy estrictas, se calculan aportes de entre 1200-1500 kcal/día, esencialmente con contenido variado y manteniendo un equilibrio en la proporción de nutrientes: 55% de glúcidos (en su mayoría complejos), 20-30% de lípidos (<10% saturados, >10% monoinsaturados y el resto poliinsaturados) y 15-25% de proteínas. Además debe recomendarse la ingesta mínima de 1.5 litros/día de agua.

Las dietas de muy bajo contenido calórico deben utilizarse bajo estricto control médico, en periodos inferiores a 60 días y en algunos casos en fase inicial de obesidad mórbida y en obesidad refractaria intercalado con dietas hipocalóricas.

El **ejercicio físico** resulta fundamental, debiendo adaptarse a la edad y a la forma física del paciente, combinando la actividad cotidiana con el ejercicio físico, sobre todo aeróbico.

La **valoración psicológica** inicial del paciente obeso se considera importante y aconsejable. Puede optarse por una terapia psicoeducacional y modificación cognitivo-conductual, de forma individualizada, en grupo o familiar, para apoyar y motivar al paciente, mejorar su adherencia a las pautas alimentarias recomendadas y proporcionar estímulos positivos valorando más los éxitos, ganar autoestima, disminuir la ansiedad y valorar las mejorías en la imagen corporal.

No obstante, frecuentemente estas medidas pueden resultar insuficientes y no conseguir una reducción de peso eficaz, teniendo que complementar el tratamiento con medidas intervencionistas.

La cirugía bariátrica sigue siendo, a día de hoy, la alternativa terapéutica más eficaz a largo plazo para los pacientes con obesidad severa (grado II) con enfermedades metabólicas asociadas y para la obesidad mórbida y súperobesidad (grados III-IV). No obstante no está exenta de complicaciones y no suele ser aceptada por muchos pacientes.

En los últimos años, se han desarrollado técnicas endoscópicas endoluminales, menos invasivas y más coste-efectivas, con menor incidencia de complicaciones y cuyos resultados iniciales parecen bastante prometedores.

Estas técnicas pueden ocupar un espacio importante en el arsenal terapéutico de la obesidad.

Para regular la práctica de estas técnicas, se ha constituido recientemente el Grupo Español de Trabajo para el Tratamiento Endoscópico del Metabolismo y la Obesidad (GETTEMO) integrado dentro de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva. Este grupo de trabajo ha elaborado un documento de consenso estableciendo los requisitos básicos para proceder a realizar estas técnicas con seguridad y eficacia.

A continuación se detallan los principales procedimientos endoscópicos disponibles actualmente:

➤ **Métodos restrictivos temporales:**

- **Balones intragástricos:** el Balón intragástrico (BI) es una herramienta terapéutica bien establecida. Se utilizó por primera vez en los años 80, pero no se comercializaron balones suficientemente satisfactorios hasta principios de los años 90. Se disponen de numerosos estudios publicados sobre seguridad y eficacia. En el mercado existen distintos modelos con escasas diferencias. Se introduce por la boca mediante una sonda, suelen ser de silicona, muy resistente a los ácidos gástricos, y se rellena bajo control endoscópico directo con suero isotónico salino teñido con azul de metileno (colorante biológico) para detectar precozmente una posible ruptura, dado que de producirse se apreciaría que la orina se tiñe de color verdoso. Puede realizarse bajo sedación profunda, aunque en algunas ocasiones su implantación puede realizarse bajo anestesia general con intubación endotraqueal, según las características del paciente (normalmente con IMC > 40 kg/m² que padecen SAOS o

EPOC). Después de 6-7 meses el BIG es explantado endoscópicamente.

En cuanto a la eficacia en pérdida de peso, existen muchos estudios de calidad que demuestran su eficacia, con una pérdida de peso medio de unos 18-20 K. El 80% del peso perdido se suele producir en los 3 primeros meses y apreciando una gran mejora en las comorbilidades asociadas.

La gran ventaja de este tratamiento es su escasa invasividad y complicaciones, aunque al ser un tratamiento temporal existe el riesgo evidente de recuperación ponderal una vez explantado, sobre todo si no ha habido una adecuada corrección de los hábitos de vida. De ahí la importancia de la “reeducación” durante el tiempo de implante con adecuado seguimiento psicológico y nutricional, y práctica de ejercicio físico de manera habitual. El paciente debe conocer que de no corregir los hábitos de vida la ganancia ponderal es la norma una vez se retire el balón.

En cuanto a los efectos adversos la mayoría son escasos, leves y transitorios, se producen sobre todo durante los primeros días tras el implante (nauseas, vómitos y dolor abdominal alto) y se suelen controlar con tratamiento médico conservador. Las complicaciones mayores son escasas, principalmente la ruptura-deflación (0-4% en las series más recientes), pudiendo producir migración intestinal con evacuación espontánea u obstrucción de intestino delgado. Otras complicaciones graves e infrecuentes incluyen necrosis gástrica y esofágica y perforación gástrica o intestinal. En casos muy aislados se ha descrito la

muerte después de complicaciones severas, principalmente en pacientes con antecedentes de cirugía gástrica.

En general la técnica puede considerarse segura.

Existen en el mercado distintas variedades de balones gástricos, pero en lo general todos son similares en su función.

➤ **Inyección de sustancias:**

- **Inyección intragástrica de toxina botulínica:** provoca parálisis muscular local. Teóricamente, su inyección gástrica puede producir una inhibición de la peristalsis y, consecuentemente, inducir un teórico retraso en el vaciamiento gástrico, condicionando saciedad precoz y pérdida de peso. Hay pocos estudios publicados sobre su utilidad, pero parece una técnica reproducible, segura, bien tolerada y sin efectos secundarios significativos, tanto a nivel gástrico como neuromuscular, aunque su eficacia es limitada y pasajera, con una duración de entre 3-6 meses.

Podría indicarse en sobrepesos u obesidades leves, en casos de contraindicación de otros procedimientos endoscópicos más agresivos o previo a la retirada del balón intragástrico para disminuir el “efecto rebote” de su explantación.

➤ **Sistemas de suturas:**

- **Método POSE:** consiste en una técnica de suturas endoscópicas transmurales en las que se crean unos pliegues en el estómago, con el propósito de crear una disminución de la distensión y sensación de saciedad precoz.

La técnica está indicada principalmente en pacientes con IMC comprendidos entre 30 y 40 kg/m², sin historia previa de cirugía bariátrica, o IMC superiores que rechacen la cirugía. En manos expertas, la duración de la intervención es de aproximadamente 40 minutos y se realiza bajo anestesia general.

Esta reportado un índice de seguridad muy alto, índice de complicaciones inferior al 1%, siendo la principal complicación de la intervención el sangrado, que suele ser autolimitado por la misma presión de las suturas sobre el tejido.

- **Gastroplastia vertical en Manga Apollo®:** consiste en la aplicación de varias suturas continuas a lo largo de toda la pared gástrica, vía endoscópica y transmuralmente. Esta intervención simula la manga gástrica quirúrgica.

El procedimiento se realiza bajo anestesia general con intubación endotraqueal.

Se ha demostrado que este procedimiento es seguro y reproducible. Se han publicado resultados de pérdida ponderal media del 30 y 53,9 % de sobrepeso perdido a los seis meses y del 57% al año.

A excepción del dolor abdominal leve y náuseas que aparecen en el postoperatorio inmediato de algunos pacientes y que se resuelven con tratamiento farmacológico apropiado, no se han observado complicaciones mayores en las series publicadas.

➤ **Sistemas malabsortivos:**

- **Endobarrier®:** diseñado para crear un by-pass endoluminal duodeno-yeyunal. Consiste en un revestimiento (forro) intraluminal de teflón en forma de tubo delgado, flexible y recubierto, que se ancla en el bulbo y se extiende por el duodeno hasta yeyuno proximal (60 cm), manteniéndose implantado durante 12 meses. Su principal indicación se establece en pacientes obesos que asocien diabetes mellitus del adulto, especialmente obesidad grado I con DM tipo 2 de difícil control glucémico.

➤ **Otros procedimientos primarios:**

- **Método ASPIRE:** es un sistema novedoso de tratamiento de la obesidad que permite a los pacientes eliminar una porción de la ingesta mediante la colocación de un tubo de gastrostomía modificado.

Pasados unos 20 minutos de la ingesta, el paciente se realizará un vaciado del contenido gástrico abriendo la llave de la gastrostomía. Este procedimiento dura unos 5-10 minutos aproximadamente y permite eliminar aproximadamente un 30% de la ingesta calórica. No se han descrito problemas de déficits nutricionales en los pacientes que se han sometido a este procedimiento. La indicación principal de este tratamiento recae en pacientes con obesidades mórbidas que renuncian a la cirugía bariátrica como opción terapéutica.

*Dr. Francisco José García Fernández
Especialista de la Fundación Española de Aparato Digestivo
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*