TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA OBESIDAD

El tratamiento endoscópico de la obesidad puede hacerse mediante tres estrategias:

1/ disminuir el volumen gástrico
2/ alterar el transito
3/ alterar la absorción a nivel duodenal

En realidad, todas las estrategias tienen como objetivo una disminución de la absorción de nutrientes a nivel duodenal, pero mientras que las dos primeras disminuyen la cantidad de nutrientes que llegan a duodeno, en la última se altera directamente la absorción a ese nivel con una ingesta normal.

1.- DISMINUCIÓN DEL VOLUMEN GÁSTRICO

El volumen gástrico puede disminuirse introduciendo un accesorio ocupante de espacio en el estómago (p. ej un balón intragástrico) o reduciendo la expansión del estómago mediante una técnica endoscópica restrictiva (p.ej. la técnica de sutura endoscópica Apollo).

Las técnicas de disminución del volumen gástrico son las más populares y dentro de estas las hay temporales y definitivas. El balón intragástrico es quizás la más conocida. Esta técnica se propone en pacientes con una obesidad leve (IMC 31-35) o en pacientes con sobrepeso alto (IMC 27-30) que no han respondido a tratamiento médico. En algunos casos de obesidad mórbida se utiliza para conseguir una disminución de peso previo a una eventual cirugía, aunque esta es una indicación muy específica. Aunque existen diversos tipos de balón en general están hechos de un material plástico de alta resistencia y diseñados para mantenerse de 6 a 12 meses.

El balón se introduce desinflado y se rellena en el estómago durante una endoscopia bajo sedación. Para rellenar el balón utilizamos suero teñido con azul de metileno. El azul de metileno se excreta por la orina por lo que si el balón se pincha tenemos una señal de alarma. Tras la inserción del balón el cuerpo reacciona intentando expulsarlo, lo cual se traduce en náuseas y vómitos que pueden durar los primeros días tras la colocación. Los casos de intolerancia que requieren una retirada precoz son raros.

La colocación del balón se debe de acompañar siempre de un cambio dietético controlado por un especialista. El balón básicamente produce una saciedad temprana pero el simple hecho de tenerlo no va a hacer que se pierda peso. Una vez transcurrido el tiempo aconsejado (6 o 12 meses) se extrae el balón por vía endoscópica bajo sedación.

También hay balones ingeribles que solo requieren endoscopia para su retirada y otros que no precisan de endoscopia para la colocación ni retirada. Estos últimos

han sido retirados ya en algunos países porque al vaciarse y continuar por el intestino han provocado complicaciones graves en algunos pacientes.

Las otras técnicas de disminución del volumen gástrico serían las técnicas restrictivas (Apollo, POSE...). Dentro de estas la que está adquiriendo más popularidad es la técnica de sutura Apollo que se recomienda en pacientes con un IMC entre 31 y 40. Esta técnica es más duradera que el balón y consiste en la realización de múltiples suturas en el cuerpo del estómago para disminuir su volumen. De esta forma se crea un reloj de arena que retrasa el paso de la comida y aumenta la sensación de saciedad con la consiguiente pérdida de peso. Esta técnica se realiza mediante una endoscopia en el quirófano y suele durar menos de 1 hora. Tras el procedimiento el cuerpo intenta expandir el estómago lo cual produce malestar que se controla con medicación y suele durar 24-48 horas. Posteriormente, hay que seguir un adecuado control nutricional con incremento progresivo de la ingesta que se va adaptando semana a semana. Una vez el paciente se va adaptando es una técnica muy poco intrusiva en la vida diaria ya que limita la cantidad de ingesta, pero sin otras complicaciones.

2.- ALTERACIÓN DEL TRÁNSITO

El transito se puede alterar modificando el ritmo del tránsito o evitando el paso por las áreas del intestino encargadas de la absorción de nutrientes. Las técnicas de modificación del ritmo de tránsito son menos utilizadas e incluirían la inyección de ácido hialurónico o toxina botulínica A en el antro gástrico con el objetivo de producir un enlentecimiento del vaciamiento gástrico que a su ve condicionaría una saciedad precoz y por tanto pérdida de peso.

Para evitar el paso de los nutrientes por las áreas de absorción se crean atajos (“bypass” en inglés) que evitan el paso de la comida por el duodeno. Este bypass se puede realizar mediante una conexión directa desde el estómago a tramos más distales del intestino delgado (p.ej mediante una gastroenteroanastomosis) o al exterior mediante un puerto de acceso al estómago y un sistema de aspiración (p.ej el sistema Aspire).

La creación de un bypass entre el estómago y una parte más distal del intestino delgado. Esto se puede conseguir con imanes o con una prótesis metálica con un diseño especifico que denominamos de aposición luminal. El principal problema es que no se puede regular la cantidad de nutrientes que van a pasar por el bypass.

En la técnica con sistema de aspiración se coloca un tubo entre el estómago y la pared abdominal, lo que denominamos una gastrostomía. A través de este tubo se puede aspirar el contenido del estómago utilizando una máquina de aspiración especial. La cantidad que se debe aspirar esta preestablecida. Como concepto es una técnica novedosa y efectiva, pero resulta un poco engorrosa en la vida diaria.

3.- ALTERACIÓN DE LA ABSORCIÓN A NIVEL DUODENAL

El último grupo de técnicas actúan sobre el duodeno, que es donde se absorben normalmente los nutrientes, intentando que estos no se absorban. Estas técnicas se utilizan para el tratamiento de la diabetes ya que mejoran los índices glucémicos.

Contamos con dos opciones, por un lado, utilizar un forro o cubierta plástica que cubre el duodeno como es el caso del Endobarrier®. Esta manga plástica se ancla en la salida del estómago y cubre todo el duodeno para evitar la absorción de los alimentos a este nivel durante 12 meses. El mayor problema con esta técnica está en la colocación del sistema de anclaje y las dificultades para retirar esos anclajes.

Otra opción sería la técnica de resurfacing que consiste en quemar mediante radiofrecuencia toda la superficie del duodeno.

Contenido actualizado en 2025 por:

Dr. Andres Sánchez Yague

Unidad de Endoscopia Diagnostica y Terapéutica Avanzada Costa del Sol

Contenido original por:

Dr. Andres Sánchez Yague

Unidad de Endoscopia Diagnostica y Terapéutica Avanzada Costa del Sol

Dr. Alfonso Alcalde Vargas

Unidad de Endoscopia Diagnostica y Terapéutica Avanzada Costa del Sol