

Vigencia (o no) de la banda gástrica ajustable

Dr. F. Armando Castillo González

Introducción

Desde su aparición hace más de 15 años, la banda gástrica ajustable (BGA) ha sido un procedimiento muy popular en Europa, Australia y México. La principal razón es que es poco invasiva, reversible, permite controlar el tamaño del estoma y aparentemente es técnicamente fácil de realizar.

En la actualidad, la decisión del tipo de procedimiento a utilizar en los pacientes obesos continúa siendo arbitraria y muchas veces responde a las expectativas y deseo del paciente, así como el conocimiento y habilidades del cirujano. Como es de todos sabido en un principio la BGA creó muchas expectativas, pero al paso del tiempo se ha demostrado que esta técnica no es tan eficiente como se creía, ya que la pérdida de peso, la resolución de comorbilidades y complicaciones son lo que le corresponde a una cirugía del tipo restrictiva.

Los resultados informados en la literatura, tanto en la disminución de peso como en la frecuencia de complicaciones, varían mucho.

Historia

La evolución vertiginosa de la cirugía laparoscópica llevó a los cirujanos a intentar la corrección de la obesidad por esta vía. Se requería de una técnica sencilla, confiable y reproducible que permitiera el tratamiento laparoscópico de la obesidad severa.

El concepto de banda gástrica ajustable deriva de varios intentos previos para reducir la capacidad gástrica por medio de bandas o anillos.

Desde los años 70, Peloso y Wilkinson informaron sobre el uso de una banda gástrica de nylon con la cual producían un efecto en el reloj de arena.

En 1983, Kuzmak comenzó a utilizar una banda de silicón de 1 cm, para rodear el estómago con lo que creaba una bolsa gástrica proximal de 30-50 ml con un estoma de 13 mm. En 1986, esta banda fue modificada para proporcionar un ajuste del diámetro de la banda utilizando un globo inflable. Este globo fue conectado a un pequeño reservorio que se coloca bajo la piel del abdomen a través del cual el diámetro de la banda se puede ajustar. La inflación del globo funcionalmente aprieta el estómago y, por ende, aumenta la pérdida de peso, mientras que la deflación del globo afloja la banda y reduce la pérdida de peso.

A principios de 1985, el Dr. Hallberg de Suecia solicitó en los países escandinavos una patente para la banda gástrica ajustable sueca (SAGB) y se empezó a utilizar en una serie controlada de 50 pacientes, operados con técnica abierta.

En 1991, los Drs. Mitiku Belachew y M. Legrand (Huy, Bélgica) trabajaron en un proyecto con la compañía Inamed (entonces Inamed Development Company) para el desarrollo de la banda gástrica por laparoscopia. En la Reunión Anual de la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica (ASBS), en junio de 1993, se presentó un video de la colocación laparoscópica de la banda gástrica ajustable en un modelo animal.

La presentación fue recibida con mucho entusiasmo, y el primer caso en humanos se realizó el 1 de septiembre de 1993, en Huy, Bélgica. A partir de septiembre de 1993 a febrero de 1994, veinticinco pacientes consecutivos fueron llevados a la colocación de banda gástrica ajustable por laparoscopia en el programa de ensayo clínico en Bélgica. En marzo de 1994 en Huy, Bélgica, se llevó a cabo el Primer Taller Internacional sobre Banda Gástrica Ajustable.⁸

En 1994, Belachew y en 1995 Favretti, publicaron su experiencia en pacientes operados por laparoscopia. A partir de esos significativa en la pérdida reportada en el último IMC. En tan pocos años esta técnica se convirtió en una de las más populares por los motivos antes mencionados.

La FDA inició ensayos clínicos en 1995 y finalmente fue aprobada en junio de 2001.

Hasta la fecha, más de 350,000 bandas gástricas se han colocado en todo el mundo. México es uno de los países donde se colocan más bandas gástricas, pero no existen reportes fidedignos para conocer realmente la cantidad de bandas colocadas.

En México 2/3 partes de la población mexicana presentan IMC por arriba de lo normal, y 23% de la población cursa con obesidad. Las principales causas de muerte están relacionadas con problemas nutricionales, sobre todo obesidad, que constituyen el 36.6% de la mortalidad.

La banda gástrica ajustable desde hace 12 años es un método para el tratamiento de la obesidad mórbida, durante estos años las series más grandes informan una disminución del exceso de peso de alrededor de 65% y la

resolución de las comorbilidades, pero en seguimientos, máximo a 5 años, estos resultados son comparables a otros procedimientos restrictivos. Pero en seguimientos a mayor plazo, se ha observado aumento de peso y alto índice de retiros.

Nuestros datos concuerdan con los hallazgos reportados en la literatura mundial en cuanto a que finalmente la pérdida de comorbilidades tiene a su alcance la meta de IMC ideal o con discreto sobrepeso.

Muy interesante resulta la tendencia del IMC en nuestros pacientes, en donde a la luz de los hallazgos, el apoyo multidisciplinario debe ser intensificado en los meses 28 a 32 y después de los 80 meses, para evitar la ganancia de peso.

La mortalidad de la BGA se ha mantenido por debajo del 1%, lo que le da ventaja sobre las otras técnicas. Pero la morbilidad varía del 5 al 68% y las reintervenciones han aumentado al paso del tiempo. Dichas reintervenciones son resultado de complicaciones y fallas en la disminución de peso. Las complicaciones tardías más frecuentes son la formación de bolsas del estómago por deslizamiento de la BGA, aparición de reflujo, esofagitis, erosión y migración de la BGA; existen también alteraciones en el puerto de inyección y fuga del líquido inyectado. La morbilidad en nuestra serie fue muy semejante a lo reportado en la literatura. Nuestro índice de reoperaciones fue de 28% y de retiros de 19%. No se presentó mortalidad.

La BGA se está comportando como todos los procedimientos restrictivos para el manejo de la obesidad: con buena pérdida de peso en los primeros años y ganancia de peso posterior. Por lo encontrado en nuestro estudio es muy importante intensificar el manejo multidisciplinario en el momento oportuno. En el contexto de la epidemia de síndrome metabólico este procedimiento podría estar indicado en pacientes con obesidad grado I asociado a comorbilidades.

Es importante señalar que la cirugía de obesidad debe ser considerada una subespecialidad, la cual requiere dedicación especial del cirujano que desee operar pacientes con obesidad grave.

Debemos tener presente que la obesidad todavía es una enfermedad de la cual desconocemos su verdadera dimensión, como consecuencia, la cirugía de obesidad nunca curará a un paciente con obesidad severa y su objetivo principal será disminuir el peso corporal, su porcentaje de grasa, las comorbilidades asociadas y ofrecerle una mejor calidad de vida.

Con base en lo anterior se requiere el conocimiento y dominio de las técnicas quirúrgicas por parte del cirujano y del equipo multidisciplinario para estimularlo a que cambie en forma permanente su estilo de vida. Estamos seguros que en el futuro aparecerán nuevas técnicas que ofrecerán mejores resultados con poca o nula morbilidad cuando hayan sido debidamente valoradas.

Conclusión

La banda gástrica ajustable tiene malos resultados a largo plazo en cuanto a pérdida de peso.

La cirugía de revisión que mejores resultados ha dado es el bypass gástrico.

La cirugía de revisión es técnicamente más difícil y se asocia con aumento de la morbi-mortalidad comparada con los procedimientos primarios.

Referencias

1. Fisher BL, Shauer P. Medical and surgical options in the treatment of severe obesity. *Am J Surg* 2002; 184: 95-165.
2. Wilkinson LH. Reduction of gastric reservoir capacity. *Am J Clin Nutr* 1980; 33: 515-517.
3. Kuzmak LL. Gastric banding. In: Deital M, ed. *Surgery for morbidly obese patient*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1989: 225-259.
4. Kuzmak LL. A preliminary report of silicone gastric banding for obesity. *Clin Nutr* 1986: 73-77.
5. Belachew M, Legrand MJ, Defachereux TH, Burtheret MP, Jacquet N. Laparoscopic adjustable silicone gastric banding in the treatment of morbid obesity. A preliminary report. *Surg Endosc* 1994; 8: 1354-1356.
6. Faceretti F, Cadiere GB, Segato G, Bruyns G, De Marchi F, Himpens H, Belluco C, Lise M. Laparoscopic placement of adjustable silicone gastric banding: Early experience. *Oves Surg* 1995; 5: 71-73.
7. Sjöström L, Narbro K, Karason K, Larsson B, Wedel H, Lysting T, Sullivan M, Bouchard C, Carlsson B, Bengtsson C, Dahlgren S, Gummesson A, Jacobson P, Karlsson J, Lindroos AK. Swedish obese subjects study. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007; 257: 741-752.
8. Bschwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, Schoells K. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004; 292: 1724-1737.
9. Castillo F, Maldonado A, Cornejo G, Cortés P, Cabrera R. Resultados a largo plazo de la banda gástrica ajustable. *Surg Endos* 2008; 9: 158-164.
10. Gould JC, Kent KC, Wan Y, Rajamanickam V, Levenson G, Campos GM. Perioperative safety and volume: outcomes relationships in bariatric surgery; a study of 32,000 patients. *J Am Coll Surg* 2011; 213: 771-777.