



Cirugía Bariátrica y Trastorno Psiquiátrico Mayor.

M^a de Los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, Daniel Perez Gomar, Mercedes Fornell Ariza, M^a del Carmen Bazán Hinojo, José Luis Fernandez Serrano.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.
✉ marimayoo@gmail.com

Resumen: Las enfermedades psiquiátricas son una contraindicación clásica para la cirugía bariátrica. Sin embargo, la asociación entre trastornos psíquicos y obesidad es muy frecuente. Presentamos el caso de un paciente obeso mórbido con Esquizofrenia rechazado inicialmente para la cirugía bariátrica y posteriormente rescatado tras reevaluación, realizándose gastrectomía vertical laparoscópica con un resultado y seguimiento satisfactorio. Los trastornos psiquiátricos mayores no son una contraindicación absoluta para la cirugía bariátrica, aunque se requiere una evaluación individualizada por personal especializado. Se recomiendan las técnicas quirúrgicas restrictivas evitando las técnicas malabsortivas y mixtas que pueden interferir en la absorción de la medicación antipsicótica, y que requieren de un seguimiento más estrecho a largo plazo.

Palabras clave: Cirugía bariátrica, trastornos psíquicos, contraindicaciones

Abstract: Psychiatric illnesses are a classic contraindication to bariatric surgery. However, the association between mental disorders and obesity is very common. We report the case of a morbidly obese patient with schizophrenia initially rejected for bariatric surgery and subsequently rescued after reassessment, performing laparoscopic gastrectomy with satisfactory outcome and follow-up. Major psychiatric disorders are not an absolute contraindication to bariatric surgery, although an individualized assessment by specialized personnel required. Restrictive surgical techniques are recommended avoiding malabsorptive and mixed techniques that can interfere with the absorption of antipsychotic medication, and require a closer long-term follow-up.

Introducción

La obesidad mórbida es un factor de riesgo importante de muerte precoz y de otras enfermedades. Se asocia a mala calidad de vida, morbilidades y hábitos de vida no saludables como el tabaco, el alcohol y el rechazo social (1). Además la obesidad mórbida tiene consecuencias negativas para la salud psicológica y los pacientes suelen presentar depresión, ansiedad, baja autoestima y deterioro de la calidad de vida (2).

Las enfermedades psiquiátricas son una contraindicación clásica para la cirugía bariátrica. Sin embargo, la asociación entre trastornos psíquicos y obesidad es muy frecuente, y la gravedad de los trastornos psiquiátricos se ha relacionado con el grado de obesidad. (3).

Los pacientes con trastorno bipolar tienen el doble de prevalencia de padecer obesidad mórbida que la población general siendo su expectativa de vida menor a 12 o 25 años respecto a la población general y presentando un riesgo mayor de mortalidad por evento cardiovascular (5).

Por otro lado los pacientes obesos con trastorno bipolar tienen una mayor asociación con comorbilidades mayores como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y la dislipemia (6-7). En dos encuestas realizadas sobre los programas de cirugía

bariátrica se evidenció que del 2,5 al 5,2 % consideran la presencia del trastorno bipolar una contraindicación absoluta para la cirugía bariátrica (8-9).

Por otro lado, en cuanto a la técnica quirúrgica a emplear, se recomienda en la literatura las técnicas restrictivas, ya que las técnicas mixtas o malabsortivas podrían interferir con la medicación antipsicótica, y además precisan de un seguimiento más estrecho. La Gastrectomía vertical laparoscópica consigue mejora de las comorbilidades presentando menos complicaciones quirúrgicas que el bypass gástrico. Comparando las técnicas restrictivas, la gastrectomía vertical requieren de un menor seguimiento postoperatorio que la banda gástrica ajustable (10)

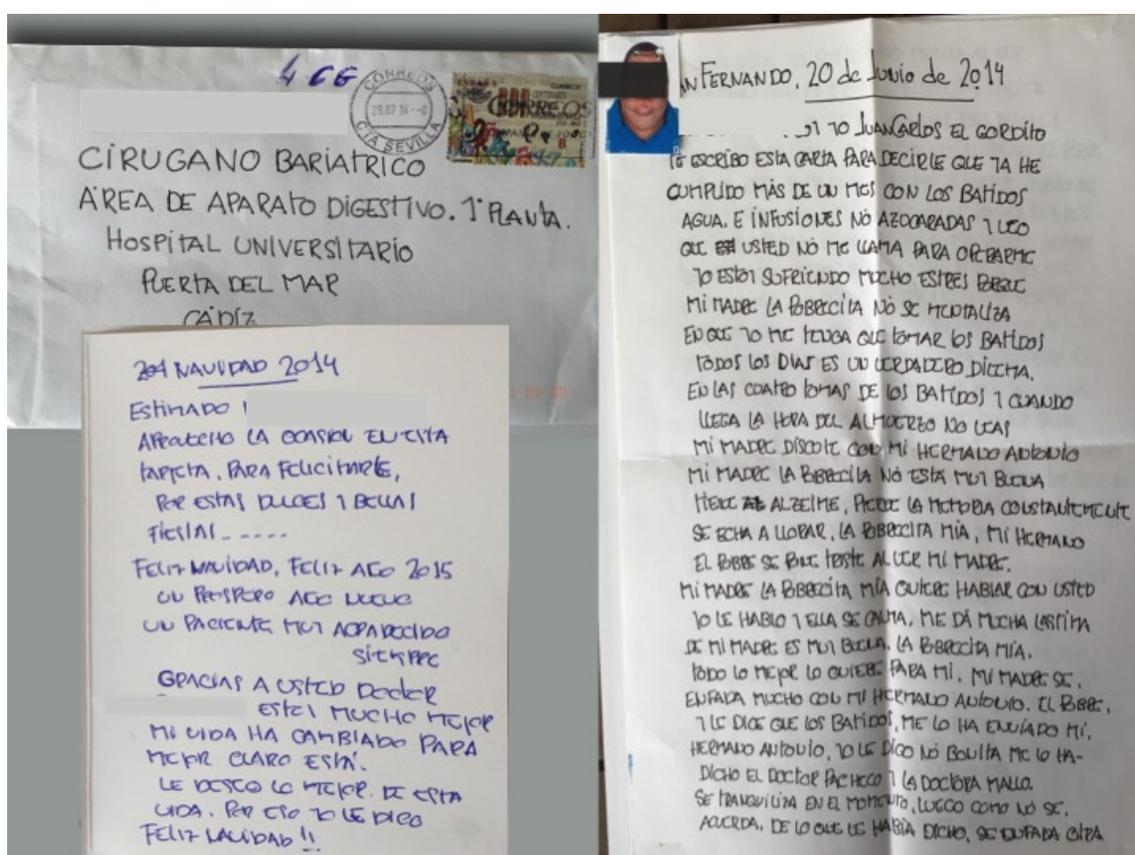
Material y métodos

Presentamos el caso de un paciente obeso mórbido con Esquizofrenia rechazado inicialmente para la cirugía bariátrica y posteriormente rescatado tras reevaluación, realizándose gastrectomía vertical laparoscópica con un resultado y seguimiento satisfactorio. Se trata de un paciente de 41 años de edad con antecedentes de Esquizofrenia Paranoide de larga evolución en tratamiento con Risperdal® (risperidona) y Seroquel® (quetiapine). Presenta obesidad mórbida desde que fue diagnosticado de esquizofrenia a los 18 años. En la exploración física se

evidencia un peso de 198 kg, talla 1.90 m, e IMC de 55 Kg/m², con las siguientes comorbilidades: Hipertensión arterial, Dislipemia, Síndrome de Apnea obstructiva del sueño, y síndrome metabólico. Inicialmente y con criterio estricto, fue rechazado para cirugía bariátrica. Posteriormente fue reevaluado desde el punto de vista psiquiátrico y no solo no contraindica, sino que recomendaba la cirugía bariátrica. El paciente fue seguido en consulta de

endocrinología y seguido en consulta externa de cirugía bariátrica, fue presentado en el comité multidisciplinar y aceptado para la realización de la cirugía. Se optimizó al paciente mediante dieta de muy bajo valor calórico y se programó para cirugía proponiendo al paciente la realización de una Gastrectomía vertical laparoscópica.

Figura 1. Cartas como medio de comunicación entre el paciente y los profesionales sobre su seguimiento.



Resultados

Se realizó Gastrectomía vertical laparoscópica tutorizada con sonda de Fouché de 34 fr, a 6 cm de píloro. El tiempo operatorio fue de 50 minutos. La evolución postoperatoria fue favorable, no presentando complicaciones inmediatas y reiniciando la tolerancia oral a las 24 horas de la cirugía para poder tomar la medicación antipsicótica. El paciente es dado de alta el

3º día postoperatorio. El seguimiento durante el primer año fue estrecho y correcto por parte del paciente recurriendo incluso a vías de comunicación no tradicionales, empleando para ello el correo postal (Fig. 1). Al año presenta adecuada pérdida ponderal (70 kg) con IMC de 34.1 kg/m², y mejora de sus comorbilidades (HTA, SAOS). Permanece estable de su patología psiquiátrica y con adecuada tolerancia oral.



Discusión

A pesar de que clásicamente se han considerado los trastornos psiquiátricos mayores una contraindicación absoluta para la cirugía bariátrica, la existencia de patología psiquiátrica por si sola no puede considerarse una contraindicación de la cirugía, ya que un 72% de los candidatos a cirugía bariátrica han sido diagnosticados de algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida llegando esta prevalencia al 82% en las mujeres.

En cuanto a la técnica quirúrgica, a pesar que la gastrectomía vertical parece presentar menor pérdida de peso en pacientes con trastornos psiquiátricos que el bypass gástrico, la presencia de complicaciones postquirúrgicas, el incumplimiento del tratamiento postoperatorio y de las indicaciones dietéticas hacen que la presencia de complicaciones sea mayor pudiendo aparecer casos de desnutrición severa que son más frecuentes en pacientes con patología psiquiátrica grave y trastornos de la conducta alimentaria (11). En cuanto a la gastrectomía vertical laparoscópica, se ha observado que el seguimiento estrecho del paciente y el apoyo familiar consigue una adecuada pérdida de peso, mejoría de las comorbilidades y que la mejoría de la sintomatología psiquiátrica sea mayor (12).

Por otro lado el bypass gástrico produce alteraciones funcionales en el tracto gastrointestinal, que inducen cambios en el balance energético, la distribución de los lípidos, interferencias entre enzimas, hormonas y otros mediadores (11). Estos cambios pueden influir en la absorción de los fármacos empleados para el tratamiento del trastorno psiquiátrico pudiendo producir empeoramiento del mismo.

En el caso de nuestro paciente se realizó una Gastrectomía vertical tras valoración multidisciplinar y reevaluación psiquiátrica, ya que el paciente tenía un IMC de 55 kg/m², presentar una Esquizofrenia Paranoide de larga evolución, y ser un paciente joven con un entorno familiar adecuado. Se realizó un seguimiento estrecho tras la cirugía por parte del servicio de endocrinología y por el equipo de cirugía bariátrica siguiendo las directrices del protocolo establecido en la unidad (revisión a los 15 días, al mes, a los 3y 6 meses y al año de la cirugía), llegando el paciente a comunicarse con nuestro servicio

empleando métodos poco convencionales como el correo postal para comentarnos su evolución.

Conclusiones

Los trastornos psiquiátricos mayores no son una contraindicación absoluta para la cirugía bariátrica, aunque se requiere una evaluación individualizada por personal especializado. Los pacientes, en ocasiones rechazados inicialmente, deben reevaluarse desde el punto de vista psiquiátrico ya que puede ser beneficioso para ellos la realización de la cirugía mejorando su calidad de vida y resolución de las comorbilidades. Se recomiendan las técnicas quirúrgicas restrictivas evitando las técnicas malabsortivas y mixtas que pueden interferir en la absorción de la medicación antipsicótica, y que requieren de un seguimiento más estrecho a largo plazo.

Bibliografía

- 1- Sturm R, Wells KB. Does obesity contribute as much to morbidity as poverty or smoking? *Public Health*. 2001;115:229-35.
- 2- Mamplekou E, Komesidou V, Bissias Ch, et al. Psychological condition and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. *Obes Surg*. 2005;15:1177-84.
- 3- Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, et al. Psychiatric disorder among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*. 2007; 164:328-34.
- 5- Newcomer JW, Hennekens CH. Severe mental illness and risk of cardiovascular disease. *JAMA* 2007; 298: 1794-1796.
- 6- McIntyre RS, Konarski JZ, Misener VL, Kennedy SH. Bipolar disorder and diabetes mellitus: epidemiology, etiology, and treatment implications. *Ann Clin Psychiatry* 2005; 17: 83-93.
- 7-Ramsey CM, Leoutsakos JM, Mayer LS, Eaton WW, Lee HB. History of manic and hypomanic episodes and risk of incident cardiovascular disease: 11.5 year follow-up from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *J Affect Disord* 2010; 125: 35-41.



8- Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasucki JL. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg* 2006; 16: 567–573.

9- Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch ME et al. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosom Med* 2005; 67: 825–832.

10- Skrekas G, Lapatsanis D, Stafyla V, et al. One year after laparoscopic “tight” sleeve gastrectomy: technique and outcome. *Obes Surg* 2008;18:810 –3

11- Mayo MA, Pacheco JM, Pérez D, Bengoechea A, Roldan S, Fernández JL. Desnutrición proteico calórica grave y trastornos de la conducta alimentaria tras cirugía bariátrica. A propósito de un caso. *BMI*. 2014; 4.1.6 ;148-150.

12- Semanscin-Doerr DA, Windover A, Ashton K, et al. Mood disorders in laparoscopic sleeve gastrectomy patients: does it affect early weight loss? *Surg Obes Relat Dis*. 2010;6:191–6. [17] Cusati D, Sarr M, Kendrick M, et al. Refractory strictures after Roux-en-Y gastric bypass: operative management. *Surg Obes Relat Dis* 2011; 7:165–169.