

Caso Clínico

Utilidad de la endoscopia preoperatoria en cirugía bariátrica: a propósito de un caso**Value of preoperative endoscopy in bariatric surgery: a case report.**

Carlota Tuero, Patricia Ahechu, Fernando Rotellar, Victor Valenti.

Departamento de Cirugía General. Área de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España. ✉ ctuero@unav.es

Resumen: La obesidad es actualmente uno de los principales problemas de Salud Pública a nivel mundial. La cirugía bariátrica se ha establecido como principal herramienta para tratar esta enfermedad debido a sus buenos resultados tanto en mejoría de la calidad de vida como en resolución de comorbilidades asociadas. Todo paciente candidato debe ser estudiado de forma minuciosa para asegurarnos de que su estado basal le permite someterse a la cirugía. Descartar patología a nivel gastrointestinal en el preoperatorio es fundamental para garantizar el éxito tanto de la propia cirugía como de su evolución posterior. En la actualidad a pesar del creciente número de intervenciones realizadas, no existen guías preoperatorias universalmente aceptadas para el estudio del paciente candidato a cirugía. La inclusión de la endoscopia alta de forma sistemática al estudio preoperatorio puede hacer que hallazgos casuales obliguen a cambiar el manejo terapéutico previo, modificar el tipo de intervención a realizar o en el peor de los casos pasar por alto patologías incipientes que en un futuro supongan compromiso para los pacientes. El objetivo del presente caso es mostrar la relevancia de la endoscopia alta preoperatoria para el correcto diagnóstico del paciente candidato a cirugía bariátrica.

Palabras clave: Cirugía bariátrica. Obesidad. Endoscopia digestiva alta. Cáncer gástrico.

Abstract: Obesity is an increasingly worldwide major health problem. Bariatric surgery in morbid obesity patients has been established as the main treatment, due to its good results in both improved quality of life and resolution of comorbidities. Patients must be studied thoroughly in order to discard gastrointestinal pathology and ensure the success of the surgery. Despite the growing number of interventions, there are no universally accepted guidelines for the preoperative study. Upper preoperative endoscopy, may change the therapeutic management due to incidental or unnespected findings such us early gastric tumors and hiatal hernia. The purpose of this article is to evaluate the relevance of sistematic upper endoscopy for correct diagnosis and treatment in candidates for bariatric surgery.

Keywords: Bariatric surgery. Obesity. Upper endoscopy. Gastric tumor

Introducción

La obesidad es la enfermedad crónica metabólica más prevalente, siendo calificada como la epidemia mundial del siglo XXI. Según datos de la OMS, el 39% de las personas adultas mayores de 18 años tienen sobrepeso, y el 13% son obesas ⁽¹⁾.

El fracaso del tratamiento conservador mediante educación nutricional, ejercicio físico y farmacoterapia hace que su prevalencia siga creciendo. En la actualidad, la cirugía bariátrica es el tratamiento de elección para los pacientes con obesidad mórbida, por sus buenos resultados en cuánto a pérdida de peso y resolución de comorbilidades asociadas. Para llevar a cabo con éxito este tratamiento es fundamental realizar un estudio minucioso a cada paciente

candidato. Las características personales, el grado de motivación y el tipo de alimentación pueden influir en la elección de una técnica quirúrgica u otra.

La correcta evaluación preoperatoria es fundamental para garantizar el éxito, tanto en la propia cirugía como en la evolución. En la actualidad no existen protocolos de estudio o guías preoperatorias universalmente aceptadas.

Presentamos un caso visto en nuestro Servicio, en el que el estudio preoperatorio correcto mediante endoscopia digestiva alta (EDA) hizo modificar la intención quirúrgica inicial, pasando del planteamiento bariátrico al oncológico.

Material y método:

Caso clínico:

Varón de 57 años que acude para valoración de tratamiento quirúrgico por episodios repetidos de diverticulitis.

Como antecedentes personales, obesidad grado II de larga evolución con síndrome metabólico (Hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia y síndrome de apnea obstructiva del sueño). Múltiples intentos dietéticos con pérdida de peso inicial y recuperación ponderal posterior. Peso en la consulta 100 kg, IMC 38kg/m². Por este motivo es evaluado por el Área de Obesidad recomendándose cirugía bariátrica.

Como estudio preoperatorio se realizó valoración multidisciplinar por los departamentos de Endocrinología, Dietética y Nutrición, Psiquiatría, Anestesia y Cirugía General. El estudio preoperatorio se realizó según protocolo de nuestro centro, incluyendo: historia clínica, dietética y nutricional detallada, BIA - Tetra + ViScan, Radiografía de tórax, electrocardiograma, ecografía abdominal y EDA preoperatoria.

En ausencia de sintomatología digestiva alta se realizó EDA según el protocolo de nuestro centro donde se observó una pequeña úlcera en tercio inferior de la curvatura menor gástrica (figura 1). La biopsia fue compatible con adenocarcinoma gástrico de tipo difuso con células en anillo de sello. Por este motivo se realizaron estudios de extensión con TAC, descartándose enfermedad a distancia.

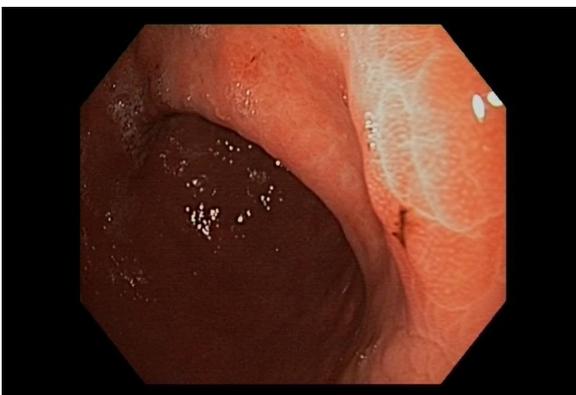


Figura nº 1: Endoscopia digestiva alta

Resultados

Ante estos hallazgos y dada la localización tumoral se decide modificar la intervención bariátrica y realizar una gastrectomía subtotal laparoscópica en Y de Roux según técnica clásica dejando un remanente gástrico de unos 60 ml pero con una longitud del asa alimentaria superior a la habitual (150 cms) para mantener los principios oncológicos y bariátricos (figura 2).

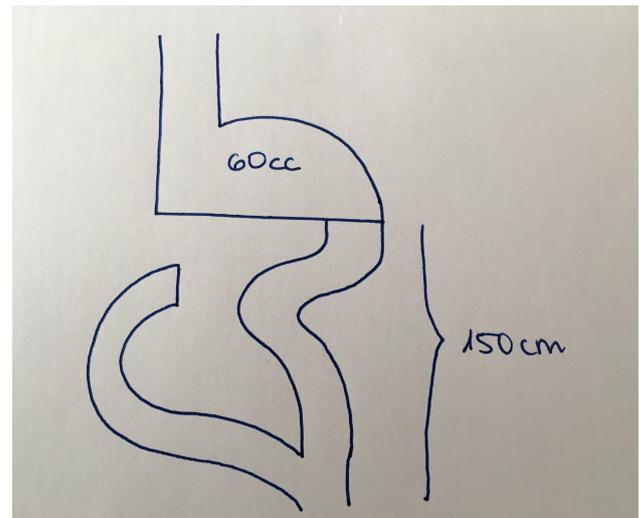


Figura 2. Técnica quirúrgica realizada



Figura 3. 1,3,4 biopsia informada como adenocarcinoma gástrico

En la primera revisión al mes de la cirugía se observó pérdida ponderal de 5kg. En la actualidad realiza vida activa, siguiendo las recomendaciones dietéticas y nutricionales.

Discusión

La asociación entre cáncer y obesidad ha sido ampliamente descrita en estudios epidemiológicos ⁽²⁾. Se han descrito varios casos de adenocarcinoma en el reservorio gástrico tras colocación de banda gástrica y en el estómago desfuncionalizado tras bypass gástrico ^(3,4). Esta asociación entre cáncer y obesidad hace que sea de vital importancia realizar un estudio preoperatorio detallado en todos los pacientes candidatos a cirugía bariátrica con el fin de descartar patología asociada que deba ser corregida antes de la cirugía y de poder adaptar el planteamiento quirúrgico a las necesidades del paciente.

Las guías europeas recomiendan estudiar preoperatoriamente el reflujo gastroesofágico (RGE) sin definir con claridad el tipo de estudio y los pacientes candidatos al mismo ⁽⁵⁾. Por otra parte, The American Association of Clinical Endocrinologist, The Obesity Society y The American Association for Metabolic and Bariatric Surgery basan la recomendación de EDA en función de la presencia o no de sintomatología tipo reflujo o disfagia ⁽⁶⁾. En este sentido hay que tener en cuenta que en la mayoría de los casos en los que se diagnostica un carcinoma in situ o un tumor gástrico en estadio inicial “early gastric cancer”, estos no suelen acompañarse de síntomas digestivos.

Carabotti et al. realizan un análisis prospectivo con 142 pacientes en el que demuestran que la presencia de síntomas no puede ser una base fidedigna para indicar la realización de una EDA debido a que la prevalencia de hallazgos endoscópicos en su estudio fue similar en pacientes sintomáticos y asintomáticos ⁽⁷⁾. Por lo que la presencia de síntomas únicamente no nos valdría de guía para decidir realizar esta exploración.

Estevez-Fernandez et al, en una revisión prospectiva sobre 331 pacientes candidatos a cirugía bariátrica, concluyen que la EDA preoperatoria realizada sistemáticamente independientemente de la sintomatología, cambió el manejo terapéutico en un 52,6% de los casos ⁽⁸⁾.

Zeni et al. llevan a cabo un análisis retrospectivo en el que realizan EDA a 159 pacientes y en 15 de estos (9,4%) diagnostican patología que o bien retrasa, o bien modifica el manejo quirúrgico ⁽⁹⁾. En otro estudio, Sharaf et al concluyen que la endoscopia preoperatoria realizada de manera rutinaria tiene una elevada importancia diagnóstica y tiene un bajo coste en relación con su eficacia ⁽¹⁰⁾.

Además, de acuerdo con la International Sleeve Gastrectomy Expert Panel consensus Statement, la presencia de severa esofagitis o esófago de Barret

(Patologías comúnmente halladas en la EDA preoperatoria en estos pacientes) contraindican la gastrectomía tubular, siendo en estos casos mejor realizar un bypass gástrico ⁽¹¹⁾. De igual modo sucede con el RGE. En diversos estudios se ha evidenciado un empeoramiento de los síntomas tras la gastrectomía tubular.

Conclusión

Una vez revisada la literatura se puede afirmar la importancia de realizar como parte del estudio preoperatorio de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica una EDA de rutina que además de describir las características anatómicas del estómago a intervenir permita detectar posibles lesiones acompañantes que resulten en una modificación del planteamiento quirúrgico y terapéutico inicial ajustando así el tratamiento a las necesidades de cada paciente.

Bibliografía

1. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organ Tech Rep Ser 2000; 894:1–253.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11234459>

2. Lin XJ, Wang CP, Liu XD et al. Body mass index and risk of gastric cancer: A meta-analysis. Jpn J Clin Oncol 2014; 44:783-791.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24951830>

3. Escalona A, Guzman S, Ibañez L, Meneses L, Huete A, Solar A. Gastric cancer after Roux-en-Y gastric bypass. Obes Surg 2005; 15:423-7.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15826480>

4. Jain PK, Ray B, Royston CM et al. Carcinoma in the gastric pouch years after vertical banded gastroplasty. Obes Surg 2003; 13: 136-7.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12630629>

5. Fried M, Yumuk V, Oppert JM et al. Interdisciplinary European Guidelines on metabolic and bariatric surgery. Obes facts 2013; 6:449-68.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24135948>

6.Mechanick JI, Youdim A, Joner DB et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Obesity* 2013; 21(Supl. 1): 1-27.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23529939>

7.Carabotti M, Avallone M, Cereatti F et al. Usefulness of upper gastrointestinal symptoms as a driver to prescribe gastroscopy in obese patients candidate to bariatric surgery. A prospective study. *Obes Surg* 2015. EPUB AHEAD OF PRINT

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26328530>

8.Estevez-Fernandez S, Sanchez-Santos R, Mariño-Padin E, Gonzalez-Fernandez S, Turnes-Vazquez J. Esophagogastric pathology in morbid obese patient: Preoperative diagnosis and influence in the selection of surgical technique. *Rev Esp Enferm Dig* 2015; 107:408-412

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26140632>

9.Zeni TM, Frantzides CT, Mahr C et al. Value of preoperative upper endoscopy in patients undergoing laparoscopic gastric bypass. *Obes Surg* 2006; 16: 142-6.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16469214>

10.Sharaf RN, Weinshel EH, Bini EJ, Rosenberg J, Sherman A, Ren CJ. Endoscopy plays an important preoperative role in bariatric surgery. *Obes Surg* 2004; 14: 1367-72.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15603653>

11.Rosenthal RJ, International Sleeve Gastrectomy Expert Panel, Diaz AA et al. International Sleeve Gastrectomy Expert Panel Consensus Statement: best practice guidelines based on experience of >12,000 cases. *Surg Obes Relat Dis* 2012; 8: 8-19.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22248433>