

Sección 3:

¿Cómo funciona la operación?

Una lección de anatomía

Queremos que todos aquellos que esten considerando una operación de derivación gástrica tengan un entendimiento básico de la anatomía gastrointestinal. La siguiente sección le dará una explicación sencilla de la estructura y funcionamiento de las partes del ducto gastrointestinal sometido a la operación.

El esófago es un tubo hueco y muscular que conecta la parte pósterior de la boca con el estómago. El estómago también es un organo muscular que almacena comida y puede estirarse al tamaño de una pelota de fútbol americano. El estómago comienza el proceso digestivo segregando ácidos para procesar la comida, convirtiendola en líquido antes de transportarla.

El estómago es seguido por la primera parte del intestino delgado llamado duodeno. Duodeno proviene del latín doce, de hecho mide 12 pulgadas de largo en un adulto. A pesar de que el duodeno es la parte más pequeña del intestino delgado, es una parte muy importante, ya que recibe las secreciones del hígado y del páncreas necesarias para la digestión.

La siguiente parte del intestino es el yeyuno, que mide cerca de 10 pies de largo y se transforma en el íleon. El íleon es seguido por el colon o intestino grueso. La longitud total del intestino delgado es de 20 pies. Muchos nutrientes (ejem: hierro, glucosa, calcio y vitaminas) así como otros líquidos, son absorbidos en el intestino delgado.

El colon o intestino grueso mide aproximadamente 6 pies de largo. El colon absorbe líquidos y almacena la materia fecal antes de ser desechada en forma de heces.

Tipos de intervenciones

Las operaciones contra la obesidad se categorizan en dos tipos: Restrictiva y de malabsorción. La primera categoría (restrictiva) limita la cantidad de calorías o de comida ingerida, reduciendo el espacio estomacal disponible para alojar comida. La segunda, de malabsorción, reduce la absorción de alimentos que ya han sido consumidos.

La cirugía de derivación gástrica en Y de Roux combina un procedimiento de restricción gástrica con una pequeña porción de malabsorción.

Derivación gástrica en “Y de Roux”

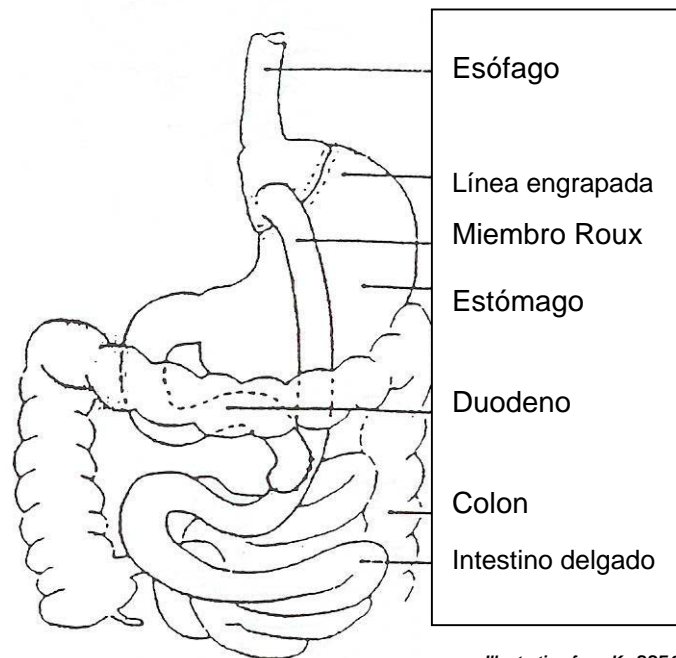


Illustration from K –SSF 2/03

El estómago se engrapa en dos partes, la parte superior es la que recibe los alimentos del esófago, la parte inferior del estómago no recibe nada de alimentos pero manda jugos gástricos al duodeno. Después de aislar el estómago superior, el cirujano divide el intestino delgado a la altura del yeyuno superior y lo conecta al pequeño saco estomacal con una apertura del tamaño de una moneda de diez centavos. Dicha unión del yeyuno y el estómago se denomina anastomosis. El otro cabo del yeyuno se reconecta formando una “Y”, la absorción alimenticia no ocurre hasta que se unen las dos partes del yeyuno.

La cirugía de derivación gástrica Y de Roux tiene el mejor margen de éxito a largo plazo con bajos niveles de mortandad. La operación conlleva una tasa de mortandad de menos del uno por ciento, una tasa de complicaciones operatorias del cinco al diez por ciento y una reducción efectiva del 50 al 75 por ciento del peso excedente. En muchos casos, esta reducción es suficiente para evitar los peligros que acompañan los trastornos comorbiles.

¿Cómo funciona la derivación gástrica en Y de Roux?

Los pacientes experimentan una sensación de llenura rápida con esta operación, ya que el cirujano crea un “saco estomacal” bien pequeño. El apetito se reduce y la ingestión de alimentos se limita de manera drástica para facilitar el adelgazamiento. Los alimentos ingeridos serán digeridos y absorbidos con facilidad.

Durante el primer año, el paciente promedio perderá unas 100 libras o cerca de dos tercios del sobrepeso. Ciertos pacientes adelgazan más de éstas cifras, otros menos. Durante el segundo año, continuará adelgazando pero no tan rápidamente.

Cerca del 15 por ciento de los pacientes no adelgazarán tanto como lo hubieran deseado. Esto ocurre debido a que es posible “pasarse de listo” o “comer demás” con las operaciones de derivación. Por ejemplo, los líquidos pasan más rápido por el saco y son absorbidos casi por completo en el intestino. Si una persona con la derivación come y bebe alimentos de alto contenido calórico o come entre las comidas, nunca bajará de peso. De hecho, esta persona engordará todo el peso que ya haya sido eliminado.

¿Es segura ésta operación?

La cirugía de derivación gástrica es una operación grande y todos los pacientes deben estar concientes de los riesgos que implica cualquier operación mayor. Los riesgos potenciales son los mismos a los que cualquier persona obesa se expone cuando se somete a cualquier otra operación abdominal de tal magnitud. El nivel del riesgo depende del grado de obesidad y de los trastornos comorbiles, tales como la diabetes, cardiopatías o neumopatías. En general, el riesgo de complicaciones es aproximadamente del 10 por ciento y el riesgo de muerte es menos del 1 por ciento. Los riesgos de la cirugía de derivación gástrica se encierran en dos categorías generales: aquellas que ocurren al principio del periodo posoperatorio y aquellas que ocurren mucho después.

Complicaciones tempranas

Los **problemas respiratorios** son las complicaciones tempranas más comunes. Cuando un paciente sufre de trastornos comorbiles que implican las vías respiratorias, el cirujano recomienda una evaluación preoperatoria con un especialista en trastornos pulmonares. El uso pronto y frecuente de un aparato para promoverle la respiración profunda (conocido como espirómetro) y el empezar a caminar tan pronto pueda durante la etapa posoperatoria, prevendrán las complicaciones pulmonares.

Puede ocurrir un **escape anastigmático** (una fuga en el punto donde el intestino y el estómago están suturados). Esta complicación es rara pero seria y puede requerir una intervención quirúrgica inmediata. Una fuga mayor o indetectable puede convertirse en un **absceso** (infección interna) causando una septicemia o infección generalizada.

Las **hemorragias** podrían ocurrir durante o después de la operación y quizás requieran una transfusión. Una hemorragia del bazo, rara vez requiere su escisión.

Podrían formarse **coágulos de sangre** en las piernas, ocasionando una embolia pulmonar cuando dichos coágulos llegan al pulmón. Para prevenir la formación de coágulos en pacientes sometidos a una derivación gástrica, se le aplican inyecciones de baja dosis de heparina (anticoagulante). Además el uso de botas o medias inflables y las caminatas posoperatorias frecuentes ayudan a prevenir la formación de tales coágulos.

Complicaciones tardías

Otras complicaciones pueden surgir meses o años después de las operaciones.

Aumento de peso *debido al ensanchamiento o estiramiento del estómago.*

Hernias quirúrgicas *o la separación de pequeñas partes de la herida abdominal. Esto puede ocurrir meses después de las operaciones y son ocasionadas por la tremenda presión ejercida sobre la herida en un abdomen muy obeso. En pacientes que pesan más de 300 libras, esta complicación puede ocurrir en 20 por ciento de los casos. Dichas hernias pueden ser reparadas con otra operación.*

Oclusión fecal *ocasionadas por tejidos cicatrizados (costras) o una hernia interna, puede ocurrirle mucho después de la cirugía de derivación gástrica, tal y como le puede ocurrir después de cualquier operación abdominal.*

*Podrían formarse **úlceras** en la anastomosis estomacal o intestinal, úlceras pépticas en la sección no funcional del saco. Esto le ocurre del 2 al 4 por ciento de pacientes, la misma incidencia que en la población general. Las úlceras estomacales son ocasionadas comunmente al fumar, comer de más, tomar aspirina o desinflamantes sin esteroides como el Ibuprofeno (Motrin, Advil, Nuprin, Excedrin IB) o Naproxeno (Aleve, Naprosyn). El uso de cortizona durante el periodo posoperatorio puede causar una alta incidencia de úlceras. Cuando estas se dan después de la cirugía de derivación gástrica, pueden ser tratadas con medicinas como Tagamet y Zantac.*

Estreñimiento: *Algo común después de la operación, ya que su consumo alimenticio es más limitado que antes de la operación, usted hará menos del baño. Algunos pacientes dicen que van al baño cada dos o tres días. Para que sus deposiciones se mantengan suaves, beba una cantidad adecuada de líquidos (de 48 a 64 onzas al día). Incluir alimentos de alto contenido de fibra en su dieta puede aliviar el estreñimiento. Si esto no le ayuda, su médico puede recomendar usar un laxante leve.*

Cálculos biliares: *La incidencia de cálculos biliares esta relacionada con el adelgazamiento rápido y suele ocurrir durante los primeros 6 a 18 meses después de la operación. Del 15 al 20 por ciento de los casos requieren una intervención quirúrgica. Aquellos pacientes sometidos a una colecistectomía no podrán tolerar comidas altas en grasa.*

Anemia: *Un problema común, la anemia ferropénica puede ocurrir a largo plazo, más frecuentemente en mujeres menstruantes. Se puede prevenir tomando un complejo de hierro. La vitamina B12 es esencial, ya que su deficiencia puede provocar otro tipo de anemia, que de no ser detectada a tiempo, puede ocasionar trastornos del sistema nervioso central. Una persona que se somete a una derivación gástrica debe tomar complejos vitamínicos y minerales a diario por el resto de su vida. Durante sus visitas rutinarias al médico, se le tendrán que hacer hemogramas o pruebas bioquímicas para detectar anemias y otros problemas.*

***Nota :** – *A pesar de que pueden surgir complicaciones después de la derivación gástrica, a la mayoría de pacientes les va muy bien.*

Riesgos v.s. beneficios

Como candidato a una derivación gástrica, usted debe estar al tanto de que a pesar de que los fallecimientos son raros, la tasa de mortandad nacional es del 0.1 por ciento, o sea de uno en 200 a uno en 1000. Pacientes excesivamente pesados y que tienen complicaciones médicas severas como cardiopatías, hipertensión, diabetes o neumopatías sufren el riesgo de morir.

La derivación gástrica no es cirugía estética. *Esta intervención quirúrgica se realiza sólo para evitar trastornos mayores o muerte prematura debido a las complicaciones que surgen al sufrir de obesidad clínicamente severa. A pesar que el adelgazamiento conlleva a mejoras físicas drásticas, la derivación gástrica no debe hacerse por razones estéticas. De hecho, puede ocasionar efectos indeseados de apariencia tales como alopecia temporal y dobleces de la piel que pueden requerir cirugía plástica.*

La mayoría de los pacientes adelgazan, por lo general, más del 50% del sobrepeso y no lo vuelven a aumentar en 10 años o más. La mayoría de las comorbilidades médicas mejoran. La diabetes tipo 2 por lo general desaparece o mejora grandemente, la hipertensión mejora, el apnea del sueño desaparece en el lapso del año, mejoran los dolores de la espalda y las articulaciones, los síntomas de reflujo estomacal desaparecen. La mayoría de pacientes reportan mejoras en sus vidas.

Toda persona que esté considerando una operación de derivación gástrica debe tomar una decisión bien informada al respecto.

- *Usted debería evaluar sus esfuerzos anteriores para adelgazar por medios no quirúrgicos. ¿Podrán otros esfuerzos ser más productivos?*
- *Considere los riesgos y beneficios de la cirugía de derivación gástrica.*
- *Converse con su familia o con las personas que la apoyan, lo que piensa acerca de la operación.*
- *Converse con otras personas que se hayan sometido a la operación.*

La decisión de someterse a una derivación gástrica deberá tomarla una vez que usted haya aprendido y considerado todo lo que este tipo de cirugía implica.