



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

424/66 - OBESIDAD MÓRBIDA: UNA REFLEXIÓN SOBRE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

M. Lumbreras Montero¹, M. Gervás Alcalaya², G. Fernández Tabernero¹ y M. Hernández García¹

¹Médico de Familia. Centro de Salud V Centenario. San Sebastián de los Reyes. Madrid. ²Médico de Familia. Centro de Salud Reyes Católicos. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 62 años con obesidad mórbida desde 2002, intolerancia a los hidratos de carbono, hipercolesterolemia, hipertensión y síndrome de apnea del sueño moderado. Su tratamiento habitual es orlistat, metformina, fluoxetina (pautadas por endocrino), olmesartán, amlodipino, simvastatina y omeprazol.

Exploración y pruebas complementarias: 2008: peso: 119,10 kg, IMC: 50,25 (talla 1,54 m): Gastroscopia: cardias incompetente. 2009 (recién intervenida): peso: 93,5 kg. IMC: 39,45. 2010: peso: 95,6 kg, IMC: 40,33, Gastroscopia: esofagitis péptica grado D, hernia hiatal axial con gastritis crónica. 2011: peso: 104,2 kg, IMC: 43,96. 2012: peso: 107 kg, IMC: 45,14, Tránsito esofagogastrointestinal: esófago dilatado, hernia de hiato axial de 5 cm. 2013: peso: 104 kg, IMC: 43,88. 2019: peso: 110,5 kg, IMC: 45,59.

Orientación diagnóstica: Dado fracaso de tratamiento conservador y tras descartarse psicopatología activa, se le realiza gastrectomía tubular laparoscópica (sleeve) en 2008. La paciente mejora de su SAHS, desaparece la intolerancia a hidratos de carbono e hipercolesterolemia. A los seis meses de la cirugía comienza progresivamente a ganar peso. A los dos años, le diagnostican un trastorno adaptativo mixto motivado por la sensación de fracaso de esta intervención. A los tres años, por agravamiento de dispepsia y tras tránsito EGD, se le realiza bypass gástrico laparoscópico. Durante los tres años siguientes, es incapaz de perder peso. Sigue yendo a revisiones en las que no detectan transgresiones dietéticas importantes. Tiene como secuelas de la intervención hernia de hiato y dispepsia. Actualmente padece distimia y su tratamiento crónico poco difiere del de hace 10 años: salvo por la ingesta de suplementos vitamínicos y hierro.

Diagnóstico diferencial: Bulimia. Obesidad secundaria a trastornos endocrinos.

Comentario final: La cirugía bariátrica a largo plazo es beneficiosa, pero hay que tener en cuenta los criterios de selección del paciente, en este caso (edad > 50 años, IMC > 50, comorbilidades; DM tipo 2, predisposición a distimia...) para evitar fracasos y deterioro de calidad de vida.

Bibliografía

1. Rubio MA, Martínez C, Vidal O, Larrad A, et al. Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. Rev Esp Obes. 2004;4:223-49.

Palabras clave: Obesidad. Efectividad. Cirugía.