



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Cirugía bariátrica en niños y adolescentes, ¿cómo podemos luchar contra el prejuicio?

Bariatric surgery in children: how can we combat the prejudice?

La obesidad infantil constituye un importante problema de salud pública en todo el mundo. En los últimos 30 años la incidencia de la obesidad infantil en EE. UU. se ha triplicado, con aproximadamente un tercio de los niños y adolescentes que actualmente presentan sobrepeso u obesidad y con niveles mayores que en algunos países europeos^{1,2}. La gravedad de este problema queda demostrada por los efectos inmediatos y a largo plazo que la obesidad tiene sobre la salud de los niños y adolescentes y su bienestar. Estos efectos incluyen el aumento de factores de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes, problemas óseos y articulares, síndrome de apnea del sueño y una mayor incidencia de problemas sociales y psicológicos³. La diabetes tipo II asociada a la obesidad en los niños y adolescentes actúa de manera más agresiva que en los adultos con efectos más rápidos a nivel renal y retiniano y con una progresión más rápida en los requerimientos de insulina. Los problemas ortopédicos, como la enfermedad de Blount o el deslizamiento de la epífisis femoral, solo se producen en los niños y adolescentes y obligan a realizar recambios ortopédicos de manera temprana y repetida.

Si bien está claro que la prevención es la forma más importante para abordar esta cuestión a largo plazo, todavía no está claro exactamente cómo vamos a hacerlo. Varios estudios muestran que el riesgo de padecer obesidad es significativamente mayor en los niños nacidos de madres que ya tienen obesidad. Esto significa que la mejor manera de prevenir la obesidad infantil es tratar agresivamente a las mujeres jóvenes en edad de procrear antes de que queden embarazadas. También puede existir la posibilidad de prevenir la obesidad observando cómo, cuándo y cuánto vamos a alimentar a nuestros recién nacidos y niños muy pequeños; después de esto el gen de la obesidad probablemente ya esté activado.

Desafortunadamente, las modificaciones en la dieta y el estilo de vida después de los 2 años solo funcionarán para algunos niños y adolescentes, pero para un gran subgrupo de niños y adolescentes obesos estas intervenciones serán

insuficientes e ineficaces. Los estudios de población han demostrado que todos los niños y adolescentes mayores de 10 años que tienen un índice de masa corporal (IMC) por encima del percentil 99% tendrán un IMC de más de 35 en la edad adulta. La cirugía bariátrica para los niños y adolescentes obesos ha ganado popularidad en los últimos años⁴. Sin embargo, un cuestionario mostró que todavía más del 50% de los pediatras de EE. UU. en el 2011 «nunca» derivarían a un niño o adolescente para que le realizaran cirugía bariátrica, independientemente de su grado de afectación por la obesidad y de sus comorbilidades. ¿Por qué en una población que está en mayor riesgo de sufrir la obesidad y sus agresivas comorbilidades se le niega el ÚNICO conocido y eficaz tratamiento a largo plazo? Es evidente que el sesgo y los prejuicios son la causa subyacente. Nuestras sociedades siguen convencidas de que la obesidad es voluntaria y que es culpa de los padres por sobrealimentar a los hijos o por permitirles jugar a los videojuegos todo el día o, si no, es culpa del niño o adolescente por ser perezoso y glotón, de manera que existe la creencia, de alguna manera, de que la elección de ser obeso es del niño o adolescente o del padre. Tenemos una clara evidencia de que la obesidad es una enfermedad que está fuera de control voluntario (la mayoría de la gente no elige ser obesa), con la excepción quizás de los luchadores de sumo de Japón, que tienen que trabajar duro para seguir siéndolo.

Podría decirse que los niños y adolescentes pueden tener mucho que ganar de las operaciones de pérdida de peso como un medio, no solo para perder el exceso de peso corporal, sino también para revertir las comorbilidades asociadas que en gran medida impactan negativamente sobre su esperanza de vida^{5,6}. Existen varias guías clínicas pediátricas que recomiendan criterios como la edad, el IMC y el tipo de operación en niños y adolescentes⁷. Mientras que la mayoría de los centros que realizan cirugía bariátrica en niños y adolescentes consideran a los niños y adolescentes a partir de los 13 años de edad, y requieren que estos cumplan con un cierto nivel de madurez fisiológica y emocional, es evidente que la cirugía también debe tener un papel en los niños más pequeños, con

severas comorbilidades, cuando su IMC esté por encima de 35⁸. La mayoría de las guías para cirugía de la obesidad en niños y adolescentes cumplen los criterios del Instituto Nacional de Salud (NIH) e incluyen un IMC superior a 40 o IMC superior a 35 con comorbilidades asociadas⁹. La elección de los IMC usados en adultos como corte en lugar de basar el corte en un percentil del IMC nos obliga a ser más conservadores con los niños y adolescentes que son más jóvenes. Por ejemplo, un niño de 10 años con un IMC de 35 tiene un percentil muy superior al percentil 99, mientras que el mismo IMC en una edad de 18 años significa solo el percentil 99.

Hay 3 tipos principales de procedimientos que se realizan actualmente en esta población de pacientes: el bypass gástrico en Y de Roux (BPG), la banda gástrica ajustable (BGA) y la gastrectomía vertical (GV). La mayoría de las guías consideran que no debería hacerse la derivación biliopancreática en los niños y adolescentes debido al riesgo significativo de malnutrición con déficits de proteínas y de micronutrientes a largo plazo. Aunque no está claro cuál de los 3 procedimientos debería realizarse y en qué niños y adolescentes, la reunión de expertos de SAGES del 2012, sobre «grandes debates en cirugía bariátrica pediátrica» acordó que la preferencia era la GV sobre el BPG o la BGA, entre más de 300 cirujanos bariátricos de niños y adolescentes y adultos preguntados.

Una cosa está clara:ninguna de las cirugías consigue un 100% de pérdida del exceso de peso, por lo que incluso en el mejor de los casos no se puede revertir completamente la obesidad, ni siquiera en niños y adolescentes. Sin embargo, si operamos a los niños y adolescentes con un IMC menor de 45, tenemos más probabilidades de ver a estos niños y adolescentes alcanzar un peso más normal, mientras que si retrasamos la cirugía hasta que los niños y adolescentes tengan un IMC de más de 50 posiblemente no los veremos alcanzar un peso normal. Lamentablemente, el IMC promedio de los pacientes pediátricos que vemos en nuestro centro es de 55,5 y esto es muy común en los EE. UU.

Conclusión

El manejo de la obesidad infantil sigue siendo un desafío. Las modificaciones del estilo de vida, la dieta y el ejercicio desempeñan un papel en la prevención de la obesidad del adulto y el tratamiento de la obesidad infantil cuando es posible. La intervención quirúrgica posiblemente sea la MEJOR opción para muchos niños y adolescentes que sufren de obesidad severa, con comorbilidades. Debemos luchar contra las opiniones sesgadas de la opinión pública y de otros médicos para asegurarse de que los niños y adolescentes que sufren obesidad reciban un tratamiento adecuado. Es necesaria una discusión completa sobre cada operación, sopesar los riesgos y beneficios de cada una y medir la comprensión del niño o adolescente antes de cualquier intervención.

En cuanto a la intervención quirúrgica, aún está por determinar cuál es la mejor (GV, BPG, BGA). El BPG parece la técnica más durable y eficaz pero aún conlleva un riesgo pequeño aunque significativo de complicaciones mayores. Con datos a más largo plazo, la GV puede emerger como una mejor alternativa, ya que hay claras ventajas con respecto a las complicaciones.

Por último, debemos aprender más acerca de esta enfermedad potencialmente mortal, para que podamos impedir que continúe afectando a nuestros niños y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of high body mass index in US children and adolescents 2007-2008. *J Am Med Assoc.* 2010;303:242-9.
- Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, Nicklas TA, Guilday P, Styne D. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics.* 2007;120:S193-228.
- Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S, et al. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation.* 2005;111:1999-2002.
- Ibele AR, Mattar SG. Adolescent bariatric surgery. *Surg Clin North Am.* 2011;91:1339-51.
- Ingelfinger JR. Bariatric surgery in adolescents. *N Engl J Med.* 2011;365:1365-7.
- Bondada S, Jen HC, Deugarte DA. Outcomes of bariatric surgery in adolescents. *Curr Opin Pediatr.* 2011;23:552-6.
- Michalsky M, Reichard K, Inge T, Pratt J, Lenders C, American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. ASMBS pediatric committee best practice guidelines. *Surg Obes Relat Dis.* 2012;8:1-7. Epub 2011 Sep 23.
- Michalsky M, Kramer RE, Fullmer MA, Polfuss M, Porter R, Ward-Begnoche W, et al. Developing criteria for pediatric/ adolescent bariatric surgery programs. *Pediatrics.* 2011;128:S65-70.
- Nadler EP, Brotman LM, Miyoshi T, Fryer Jr GE, Weitzman M. Morbidity in obese adolescents who meet the adult National Institutes of Health criteria for bariatric surgery. *J Pediatr Surg.* 2009;44:1869-76.

Dana A. Telem y Janey S. Pratt*

Division of Gastrointestinal Surgery, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts, Estados Unidos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jpratt@partners.org

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.08.003>