

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE. ¿UN MAYOR RIESGO?*

Drs. María Luisa García-García¹, Juan Gervasio Martín-Lorenzo¹, Ramón Lirón-Ruiz¹, José Antonio Torralba-Martínez¹, Ramón Villaverde-González², José Luis Aguayo-Albasini¹

¹ Servicio de Cirugía General.

² Servicio de Neurología.

Hospital Universitario Morales Meseguer. Universidad de Murcia.
Murcia, España.

Abstract

Bariatric surgery in patients with multiple sclerosis

Background: There is limited information about the role of bariatric surgery among patients with motor deficits. **Case reports:** We report a 38 years old woman with a body mass index (BMI) of 49 kg/m² and a 34 years old woman with a BMI of 40 kg/m², both with multiple sclerosis, subjected to a laparoscopic gastric bypass. Both were unable to lose weight with medical management. No postoperative complication was recorded, both patients lost weight and their quality of life improved.

Key words: Obesity, multiple sclerosis, bariatric surgery.

Resumen

Introducción: Hay escasa literatura acerca del papel de la cirugía bariátrica en el manejo de las enfermedades neurológicas con déficit motor. Este déficit motor supone una desventaja sobreañadida si además los pacientes son obesos mórbidos. **Casos clínicos:** Presentamos dos casos de obesidad mórbida y esclerosis múltiple intervenidas de *by pass* gástrico laparoscópico. El primer caso es una mujer de 38 años con IMC de 49 y el segundo es una mujer de 34 años con IMC de 40. Tras varios intentos fallidos de pérdida de peso e ingresos programados para dieta absoluta son remitidas por los servicios de Endocrinología y Neurología para valorar cirugía bariátrica para pérdida de peso y facilitar la dosificación de tratamiento específico. No se produjo ninguna complicación postquirúrgica inmediata. La pérdida de peso fue favorable al año de seguimiento, mejorando la calidad de vida de estas pacientes.

Palabras clave: Obesidad mórbida, cirugía bariátrica, esclerosis múltiple.

Artículo financiado en parte por el FFIS (Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia, España, Group FFIS-008).

*Recibido el 10 de abril de 2014 y aceptado para publicación el 11 de junio de 2014.

Los autores declaramos que no hay ningún conflicto de interés.

Correspondencia: Dra. María Luisa García-García
mlgrgr@gmail.com

Introducción

Los pacientes con esclerosis múltiple (EM) sufren las mismas co-morbilidades que el resto de obesos mórbidos y los problemas adicionales de su enfermedad, añadidos a su dificultad de movilización –incluso uso de silla de ruedas– y necesidad de ayuda para sus actividades básicas de la vida diaria, por lo que el exceso de peso supone una dificultad sobreañadida. Los cirujanos bariátricos ven en estos pacientes mayores riesgos postoperatorios y temen realizar este tipo de cirugía, por lo que son remitidos a nuestra consulta y nos planteamos: ¿cuál es la indicación?, ¿tiene mayor riesgo de complicaciones postoperatorias el paciente con EM y obesidad mórbida tras el *bypass* gástrico laparoscópico?

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 38 años (peso: 110, talla: 151, IMC 49). Entre sus antecedentes, EM agresiva con lesiones en cerebelo y compartimento supratentorial que le producen una discapacidad grave: paresia residual derecha, ataxia y síndrome piramidal crónico con espasticidad grave. Su situación basal es de dependencia para actividades básicas y precisa de silla de ruedas. Tras varios intentos fallidos de pérdida de peso e ingresos programados para dieta absoluta y control por endocrinología, remiten a la paciente a la unidad de cirugía bariátrica para valoración.

Caso 2

Mujer de 34 años (peso: 108, talla: 165, IMC 40) diagnosticada de EM con paraparesia espástica y apraxia de la marcha e HTA. Remitida desde neurología para valorar cirugía bariátrica para pérdida de peso y facilitar la dosificación de tratamiento específico.

Ambas pacientes se sometieron a *bypass* gástricos por laparoscopia, según la técnica de Wittgrove modificada. La anastomosis gastroyeyunal se realizó con material de autosutura tipo CEEA n° 21, término-lateral. Como profilaxis antitrombótica se utilizó heparina 5.000 unidades subcutáneas el día previo a la intervención y los días posteriores. Se usaron medias de compresión neumática intermitente en la cirugía y el primer día postoperatorio con movilización precoz, tras su retirada. Como rutina se administró como profilaxis antibiótica, cefazolina 2 g en la inducción anestésica.

El primer caso fue dado de alta al 3° día, sin incidencias. Al año la paciente ha perdido 34 kg (IMC 33).

El segundo caso fue dado de alta el 4° día, sin

incidencias. A los dos meses presentó intolerancia oral objetivando en la gastroscopia, una subestenosis de la anastomosis gastroyeyunal. A los cuatro meses, estenosis completa que requirió dilatación con balón. Al año la paciente ha perdido 30 kg (IMC 28,6).

Ninguna paciente desarrolló TVP o TEP. La pérdida de peso fue satisfactoria y presentan menores problemas de movilización.

Discusión

La esclerosis múltiple se caracteriza por la tríada de inflamación, desmielinización y gliosis (tejido cicatrizal) en el sistema nervioso central. El sistema nervioso periférico queda indemne. La causa desconocida, donde interfiere la predisposición genética y el ambiente. Las lesiones suelen estar diseminadas en tiempo y sitio^{1,2}. La frecuencia de esclerosis múltiple es aproximadamente el doble en mujeres que en varones. Suele comenzar entre los 20 y los 40 años.

En sociedades occidentales ocupa el segundo lugar en frecuencia después de los traumatismos como causa de discapacidad neurológica en las etapas temprana a media de la vida adulta. Su evolución puede incluir recidivas-remisiones, o ser progresiva. Las manifestaciones de la enfermedad varían de un cuadro benigno a otro de ataque incapacitante y evolución rápida que obliga a hacer profundos ajustes en el modo de vida. La mayoría de los enfermos de EM presentan discapacidad neurológica progresiva. Sin embargo, incluso si el pronóstico de discapacidad es grave para el paciente promedio, es difícil definir tal variable para el paciente individual, los sujetos con ataxia del tronco, temblor de acción, síntomas piramidales o progresión de su mal tienen mayores posibilidades de quedar discapacitados².

Hay escasa literatura acerca del papel de la cirugía bariátrica en el manejo de las enfermedades neurológicas con déficit motor. Este déficit motor supone una desventaja sobreañadida si además los pacientes son obesos mórbidos, teniendo más riesgo de caídas o inmovilización prolongada en cama, que aumenta el riesgo de ganancia de peso, aislamiento social y aumento de costes, ya que requieren ayuda para actividades básicas³⁻⁵. Además supone para el especialista en neurología, un difícil manejo del tratamiento crónico y de los brotes de esta enfermedad, porque la obesidad dificulta la dosificación de la medicación.

Durante la preparación preoperatoria, es necesario determinar el grado de lesión neurológica y la medicación que toma el paciente. La mayoría de los pacientes con EM son jóvenes y sanos, si excluimos su enfermedad neurológica, por lo que tienen los mismos riesgos que la población general

para la cirugía bariátrica y pueden tolerar las pautas habituales de anestesia sin un riesgo sobreañadido, salvo que presenten problemas respiratorios graves. Es preferible en estos enfermos evitar la anestesia regional. Su limitación para la movilidad hace que puedan recuperarse más lentamente y que presenten más riesgo de lesiones en zonas de apoyo y tromboflebitis y TEP. Complicaciones prevenibles con cambios posturales y medidas antitrombóticas, como medias neumáticas y uso de heparinas^{1,4,6}.

El estrés perioperatorio puede predisponer un nuevo brote de EM, por lo que es necesario una evaluación conjunta con neurología. Si no hay complicaciones quirúrgicas como fiebre o infección estos enfermos operados no van a empeorar su situación neurológica en relación a la que tenían¹.

Es difícil evaluar a largo plazo los resultados de esta enfermedad, que es progresiva, ya que la progresión de sus síntomas es muy variable. Parece de sentido común que la pérdida de peso es una ventaja³.

Conclusión

No está muy claro el papel de la cirugía bariátrica en el manejo de los síndromes neurológicos con déficit motor. En nuestra limitada experiencia parece que los resultados a corto plazo han sido favorables,

mejorando la movilidad, con una pérdida de peso adecuada y con un ajuste de dosis de medicación controlada. Tras individualizar el tratamiento y valorar los riesgos y beneficios, pareciera que la cirugía bariátrica en estos pacientes mejora su calidad de vida.

Referencias

1. Palibrk I, Kalezić N, Vucetić C, Dimitrijević I, Arsenijević V, Stefanova E. Preoperative assessment and preparation of patients with neurologic disorders. *Acta Chir Jugosl.* 2011;58:137-42.
2. Harrison TR, Fauci A, Braunwald E, Kasper DL, Harrison. Principios de Medicina Interna. En: Hauser SL, Goodin HS, editors. Esclerosis múltiple y otras enfermedades desmielinizantes 16.ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2005. p. 12716- 54.
3. Flanagan L. Is bariatric surgery effective in the treatment of neurological motor deficit syndromes? *Obes Surg.* 1997;7:420-3.
4. Lutzykowski M. Bariatric Surgery in morbidly obese patients in wheelchairs. *Obes Surg.* 2008;18:1647-8.
5. Deitel M, Shasi B, Deitel FH. Effect of weight loss in the morbidly obese patient with severe disability. *Obes Surg.* 1991;1:419-21.
6. Dorrota IR, Shubert A. Multiple Sclerosis and anesthetic implications. *Current Opinion in Anesthesiology* 2002;15:365-70.