

Cirugía Metabólica Protocolo Central e Caribe

(Punta Cana, 28 de septiembre 2012)

Cesar De Leon	- Panamá
Eliecer Tello Rodríguez	- Panamá
Lucy Morales	- Panamá
Luis J. Cárdenas Herrera	- Panamá
Edgardo Saavedra	- Panamá
Ilma De León	- Panamá. Anestesia
Camilo Díaz	- Colombia
Jacobo Zafrani	- Costa Rica
Victor Ruíz	- Costa Rica
Emilio Mishaan	- Guatemala
Álvaro Fernández	- Guatemala
Jorge Luis Deras Flores	- Honduras
Ramiro Carbajal	- Perú
Abel González	- Rep. Dominicana
Iván Strachan	- Rep. Dominicana
Luis Betances	- Rep. Dominicana

Introdução

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença comum e é um importante fator de risco para o paciente cirúrgico comum. Antes da descoberta da insulina em pacientes com diabetes foram condenados a morrer em meses ou poucos anos. Como resultado das suas complicações metabólicas. O DM é tratado por internistas e endocrinologistas. Ou seja, tratamento médico é convencional. A impossibilidade de cura, e as conseqüências mortais de seus distúrbios metabólicos notaram outras maneiras, tais como cirurgia, na busca de melhora ou cura. Objetivos de la propuesta

Establecer criterios para el tratamiento quirúrgico de pacientes con diabetes mellitus y otras Patologías Metabólicas para el Área Centroamericana y el Caribe. Las cuales, no solo tienen especificidad en cuanto a la constitución somática de sus habitantes, si no que condiciones y posibilidades diversas para el Estudio y el Tratamiento de estas Patologías.

Razones para la cirugía

Para los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) que han fracasado en múltiples tratamientos convencionales y/o Insulino-dependientes la cirugía es una opción válida, El tratamiento quirúrgico de la DMT2 persigue un adecuado control de la glicemia. Por consiguiente una disminución o desaparición de las complicaciones. Mejorando la calidad de vida de los Pacientes.

Proceso de Selección

El Paciente Diabético, en la mayoría de nuestros países, inicialmente es tratado por un Médico de Medicina General o en su defecto por un Especialista en Medicina Interna.

El paciente debe ser referido para Evaluación y Tratamiento inicial por un Especialista en Endocrinología.

El especialista en Endocrinología, en conjunto con el Cirujano determina si el Paciente es candidato o no al Procedimiento Quirúrgico.

Debe evaluar la reserva pancreática y que el paciente tenga una edad y un estado general que se pueda beneficiar del Tratamiento Quirúrgico.

Además debe cumplir unos requisitos previos necesarios para establecer a un paciente la indicación quirúrgica.

El seguimiento de por vida de este Paciente, será conjunto, entre el Endocrinólogo y el Cirujano.

Obviamente el Endocrinólogo seguirá manejando el caso más de cerca y con más frecuencia.

Criterios de Referencia

Serán referidos desde las Instituciones de III Nivel en Salud.

Previa evaluación del equipo multidisciplinario encabezado por el endocrinólogo, los pacientes candidatos a cirugía de DMT2 que cumplan con las siguientes condiciones:

- Inadecuado control con tratamiento médico multidisciplinario
- Pacientes con IMC de 23 a 34.

INDICACIONES PARA REALIZAR CIRUGÍA

Esta operación es exclusivamente para adultos de preferencia de edad, entre 20 y 65 años evaluados de manera especial por el equipo para decidir la operación. Se indica solo para usarse en Pacientes con Diabetes que no han logrado estabilidad de la glucosa por los métodos tradicionales, tales como una dieta supervisada, ejercicio.

Fracaso del tratamiento médico bien controlado, entre 3 meses a un año.

Dependiendo de la Inestabilidad de la Hemoglobina Glicosilada (>7).

Ausencia de enfermedades capaces de aumentar el riesgo quirúrgico, como cirrosis hepática, infarto reciente, alcoholismo, enfermedad inflamatoria intestinal e insuficiencia renal grave.

Contraindicaciones

El tratamiento quirúrgico está contraindicado en los siguientes casos:

1. Pacientes con enfermedades inflamatorias del tracto gastrointestinal, incluso la esofagitis incurable severa, ulceración duodenal o una inflamación específica como la enfermedad de Crohn.
2. Pacientes con enfermedades cardiopulmonares severas u otras enfermedades orgánicas graves.
3. Pacientes con diátesis de sangrado gastrointestinal superior, tales como las várices esofágicas, gástricas o telangiectasia intestinal congénita o adquirida.
4. Pacientes con anomalías congénitas o adquiridas del tracto gastrointestinal, tales como atresias o estenosis.
5. Pacientes con hernia hiatal de gran tamaño
6. Mujeres embarazadas.
7. Pacientes con adicción al alcohol y/o drogas.

8. Pacientes que tengan una infección en alguna parte del cuerpo, o cuando existe la posibilidad de contaminación durante la operación.
9. Pacientes que en forma frecuente o crónica usan aspirina o medicamentos antiinflamatorios no esteroides.
10. Pacientes que no son capaces o no están dispuestos a cumplir con las restricciones dietéticas requeridas por este procedimiento.
11. Pacientes o familiares con un diagnóstico sabido o con síntomas preexistentes de enfermedades autoinmunes tales como el lupus sistemático o la esclerodermia.

Definiciones

Co-morbilidad: enfermedad cuya etiología o severidad está estrechamente relacionada con la Diabetes.

Tratamiento médico: se considera aquel tratamiento de la Diabetes, basado en la indicación de dieta, actividad física, apoyo de terapia psico-conductual y terapia farmacológica.

Fracaso del tratamiento médico: paciente que después de 3 a 6 meses de tratamiento multidisciplinario con dieta, ejercicio físico, terapia Psico-conductual y apoyo farmacológico, no logra control de glicemia (Hb glicosilada)

Equipo multidisciplinario:

Primordial y Básico, la conformación de un Grupo de profesionales de la salud compuesto por cirujanos, endocrinólogos, nutricionista (Nutriólogos), kinesiólogo o profesor de educación física y especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra).

Experiencia actual

Los cirujanos con frecuencia han sido criticados por llevar a cabo esta terapia en ausencias de ensayos clínicos que demuestre su eficacia.

La cirugía Bariátrica (bypass gástrico y derivación biliopancreática) ha mostrado que se puede modificar la historia natural de la DMT2.

La mayoría de los Pacientes Diabéticos obesos sometidos a estas cirugías presentan una curación completa de la Diabetes, pudiendo suspender el uso de Insulina y medicamentos en forma definitiva. Esto implica un freno al desarrollo de complicaciones posteriores que son comunes en los Diabéticos.

Tales como Pié Diabético, Insuficiencia Renal, Retinopatía, Enfermedad Coronaria, y otras.

Este control se logra antes de que la pérdida de peso sea significativa

Con las observaciones de la Cirugía Bariátrica en el 2004 Rubino deciden realizar un estudio en ratas diabéticas espontáneas (Goto-Kakizaki), no obesas, realizando una exclusión Duodeno Yeyunal donde los alimentos no transcurren por el Duodeno y parte del Yeyuno llegando más velozmente y menos digeridos al íleon. Así basados en las Incretinas (GLP1 y GIP), propuso que en el Duodeno se fabricarían sustancias Anti-incretinas que alterarían la eficacia de GLP1 y GIP (Fenómeno de Rubino).

En los últimos años se ha demostrado la existencia de una Enzima llamada Dipeptidildipeptidasa IV (DPPIV) que se encarga de la degradación de las Incretinas Intestinales que se formarían en el Duodeno y primer segmento Yeyunal.

PREOPERATORIO

1. Preoperatorio usual de acuerdo a protocolo de anestesiología;
2. Hematocrito, Hemograma completo.
3. Grupo sanguíneo y Rh.
4. Perfil de coagulación
5. Glucosa, Urea, Creatinina, Ácido Úrico.
6. Examen Completo de orina.
7. Rayos X de tórax.
8. USG del Páncreas (CAT)
9. Evaluación Cardiológica: Informe Cardiológico: RQ
10. Análítica complementaria:
11. Perfil Hepático
12. Péptido C (>1) para constatar que hay función pancreática residual
13. Perfil Lipídico: Lípidos totales, Triglicéridos, Colesterol, HDL y LDL
14. Evaluación por Endocrinología
15. Evaluación por Neumología: Gasometría, Pruebas funcionales respiratorias
16. Evaluación por Psicólogo.

EVALUACIÓN PRE-OPERATORIA

La Evaluación Pre- Operatoria se debe realizar por todo el equipo multi- disciplinario, encabezado por el Endocrinólogo, el Cirujano, el Nutricionista, pero individualmente. Durante la primera consulta se le hará llenar al paciente un cuestionario para valorar en general su estado de salud y morbilidades asociadas, presentes.

CONSULTA PRE-OPERATORIA CON CIRUJANO

El objetivo de la consulta es informar adecuadamente al paciente sobre el procedimiento y valorar su riesgo quirúrgico. Se realizará revisión de historia clínica, examen físico, información y educación del paciente con respecto a la cirugía y todas sus características

(preguntas y respuestas), con explicación de la misma y firma de la Autorización escrita para cirugía.

El cirujano facilita la información adecuada y le debe asegurarse que el paciente entienda los riesgos y limitaciones que impondrá la cirugía y su compromiso a acudir a consultas de seguimiento de por vida.

Establecida la indicación quirúrgica, el nivel de prioridad para la intervención se establecerá en función de la necesidad y beneficio esperado y la antigüedad o tiempo en lista de espera.

TECNICA QUIRÚRGICA

Se han utilizado, diversas Técnicas.

Por la experiencia obtenida en nuestra Área Geográfica, el Consenso propone el Bypass Gástrico.

Los resultados a mediano plazo obtenidos hasta ahora, han sido mejores con el Bypass Gástrico largo.

Por ahora, queda a discreción del Equipo Quirúrgico, el ancho del bolsón Gástrico y la Longitud de las Asas.

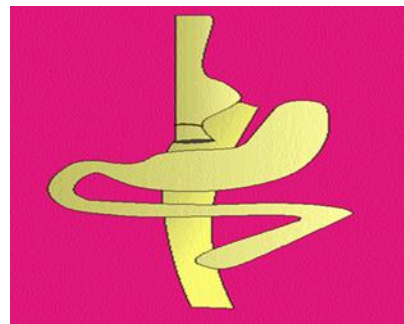
Resaltamos, que las bocas anastomóticas, no deben predisponer a un Síndrome de Vaciamiento Gástrico Rápido (dumping).

Vía abierta /Laparoscópica

Realización del bypass gástrico convencional

Se recomienda:

- 1.- 50 a 70 cm. del Treitz
- 2.- 100 cms. desde la anastomosis Gastro – Yeyuno a la Yeyuno – Yeyunal
- 3.- Boca anastomótica de 2 a 2,5 cm. (No restrictiva y evitar el vaciamiento rápido)
- 4.- Bolsón Gástrico largo y más ancho de lo normal.



Bypass Gástrico

Cirugía metabólica

La cirugía metabólica (CM) supone un cambio en la concepción de la cirugía, pues ésta no sólo se utiliza para resolver problemas meramente físicos, desde la extirpación de un tumor hasta una hernia, sino para la solución de problemas metabólicos, como la diabetes

quedando claro que el ingente número de personas con DMT2 (y las previsiones de crecimiento desorbitadas para los próximos años) hace cada vez más necesaria la búsqueda de alternativas terapéuticas.

3. Rubino F, Kaplan LM, Schauer PR, Cummings DE. : Diabetes Surgery Summit Delegates. The Diabetes Surgery Summit consensus conference: recommendations for the evaluation and use of gastrointestinal surgery to treat type 2 diabetes mellitus. *Ann Surg.* 2010; 251:399-405.
4. Dr. García-Caballero Málaga, España. IX Jornadas Formación Continua en Cirugía. XIV Jornadas de Nutrición. Málaga 10 a 12 Febrero 2010

Bibliografía

1. The New England Journal 2012; doi: 10.1056/NEJMoa1200225
2. Pories WJ. Diabetes: the evolution of a new paradigm. *Ann Surg* 2004;12-13.