

**CIRUGÍA BARIÁTRICA EN MAYORES DE 60 AÑOS: ¿DEBERÍA SER LA EDAD UN  
CRITERIO DE EXCLUSIÓN?**

**BARIATRIC SURGERY IN PEOPLE OVER 60 YEARS: SHOULD AGE BE AN  
EXCLUSION CRITERIA?**

# **CIRUGÍA BARIÁTRICA EN MAYORES DE 60 AÑOS: ¿DEBERÍA SER LA EDAD UN CRITERIO DE EXCLUSIÓN?**

Sonsoles Gutiérrez Medina<sup>1</sup>, Amalia Paniagua<sup>1</sup>, Alejandro García Muñoz Nájjar<sup>2</sup>

1. *Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.*

2. *Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.*

## **RESUMEN**

Actualmente no hay unanimidad para definir la edad límite para cirugía bariátrica (CB). Los objetivos del presente trabajo fueron describir los resultados antropométricos, complicaciones y evolución de comorbilidades en pacientes mayores de 60 años sometidos a CB y compararlos con los resultados de menores de 60 años.

Para ello se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de CB en el Hospital Rey Juan Carlos entre los años 2013 y 2016. Se recogieron datos clínicos, analíticos prequirúrgicos y a 12 meses tras cirugía, comorbilidades, complicaciones postquirúrgicas y días de ingreso. Al comparar los resultados de mayores de 60 frente a menores de 60 años, hubo diferencia significativa en porcentaje de exceso de peso perdido (PEPP), a favor del grupo de menor edad, no encontrándose diferencias en estancia media ni en complicaciones postquirúrgicas.

Por tanto, concluimos que la CB no debería ser denegada a pacientes sólo por su edad, ya que la tasa de complicaciones y mortalidad no es superior a la observada en los más jóvenes, y podría ayudar a reducir comorbilidades y a mejorar su calidad de vida.

**Palabras clave:** Cirugía Bariátrica; Obesidad Mórbida; edad avanzada.

## Introducción

La prevalencia de obesidad mórbida está aumentando en todos los grupos etarios, no siendo desdeñable en población de mayor edad. Por otro lado y teniendo en cuenta que la obesidad está asociada con un deterioro del estado de salud, relacionada con patologías como Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, hipertensión arterial (HTA) o dislipemia (DL) y contando con el incremento en la esperanza de vida<sup>1,2</sup>, es esperable un aumento de morbimortalidad en los próximos años<sup>1</sup>. En cuanto al tratamiento, la cirugía bariátrica es la opción terapéutica más eficaz para la obesidad mórbida, consiguiendo una mejora en la reducción de peso y comorbilidades asociadas<sup>3</sup>. Sin embargo, existe controversia con respecto al grupo de pacientes mayores de 60 años, ya que en estos podría estar aumentado el riesgo quirúrgico y de complicaciones<sup>3,4</sup>, así como no ser tan efectivos los resultados ponderales como en el grupo de menor edad, considerándose la edad mayor de 60 años una contraindicación relativa para este tratamiento según algunos autores. No obstante, en los últimos años existe la tendencia a una mayor flexibilidad en el punto de corte de edad como criterio de contraindicación para cirugía bariátrica, algunos programas lo establecen a los 60-65 años, y en la mayoría de los centros se tiende a individualizar y valorar específicamente cada caso<sup>5-7</sup>.

## Objetivos

1. Describir los resultados antropométricos, complicaciones y evolución de comorbilidades en la población mayor de 60 años sometida a CB.
2. Comparar los resultados en antropometría y complicaciones con la población menor de 60 años.

## Materiales y métodos

Estudio observacional retrospectivo en el que se revisaron Historias Clínicas de pacientes mayores de 60 años intervenidos de CB en el Hospital Rey Juan Carlos (2013-2016). Se recogieron datos prequirúrgicos y a los 12 meses tras la cirugía, tanto antropométricos (peso, talla, IMC, exceso de peso), como analíticos (Glucosa, colesterol total, LDLc, HDLc, triglicéridos (TG), y hemoglobina glicosilada (HbA1c) y de comorbilidades (DM tipo 2, HTA, DL, síndrome de Apnea Hipopnea del sueño (SAHS) y uso de CPAP). También se registraron datos de complicaciones postquirúrgicas y al año de la intervención, así como número de días de ingreso. Por otra parte, se ha comparado los resultados de antropometría y complicaciones postquirúrgicas de pacientes mayores de 60 años con los menores de 60 años.

## Resultados

Se analizaron datos de 34 pacientes mayores de 60 años sometidos a CB: 58,8% mujeres, con una media de edad de  $63,65 \pm 2,75$  años, una media de Índice de Masa Corporal (IMC) prequirúrgico de  $44,26 \pm 6,83$  Kg/m<sup>2</sup>, y de exceso de peso de  $56,29 \pm 17,09$  Kg. En 35,3% gastrectomía vertical (GV) y en 64,7% Bypass Gástrico (BPG), de los cuales a un paciente se le había realizado una GV previamente.

Se observó que el 61,8% de los pacientes presentaba DM tipo 2 antes de la cirugía, 95,2% de éstos en tratamiento (90,5% con fármacos no insulínicos y 28,6% con insulina, con media de  $14,24 \pm 30,98$  Unidades de insulina/día). En el subgrupo de pacientes con DM tipo 2, valores medios iniciales de glucemia  $137,33 \pm 37,98$  mg/dl y de HbA1c  $7,71 \pm 1,69\%$ .

El 67,6% presentaba HTA y el 41,2% DL, con cifras medias en la población global de colesterol total  $188,97 \pm 22,98$  mg/dl, TG  $151,47 \pm 67,41$  mg/dl, HDL  $45,62 \pm 9,88$  mg/dl y LDL  $107,09 \pm 18,64$  mg/dl, y presentando en el subgrupo de pacientes con DL cifras de colesterol total  $182,46 \pm 21,19$  mg/dl, TG  $160 \pm 71,12$  mg/dl, HDL  $47,64 \pm 8,81$  mg/dl y LDL  $99 \pm 17,64$  mg/dl. El 85,3% presentaban SAHS, requiriendo un 67,6% uso de CPAP nocturna.

Cuatro pacientes (11,8%) desarrollaron alguna o varias complicaciones postoperatorias inmediatas: 5,9% infección de herida, 5,9% fuga gastroesofágica (FGE), y 2,9% fuga a pie de asa. El tiempo de estancia media fue  $6,62 \pm 15,9$  días (un paciente estuvo hospitalizado 96 días por una FGE con evolución tórpida) con una tasa de reingreso del 8,8%: un paciente por fiebre, otro por FGE y otro para eventroplastia. La mortalidad por cirugía bariátrica fue 0%.

Al analizar los valores antropométricos al año de la cirugía, se observó que no había diferencias significativas en PEPP ni en IMC entre hombres y mujeres, si hubo diferencia al comparar los resultados de ambas técnicas quirúrgicas, con mayor PEPP y menor IMC en el grupo de BPG con respecto a GV (PEPP  $63,81 \pm 16,22$  en BPG, versus  $51,98 \pm 10,35$  en GV; IMC en BPG  $30,18 \pm 3,99$ , versus  $33,9 \pm 5,49$  en GV).

En cuanto a la evolución de comorbilidades al año, se observó una remisión de DM tipo 2 en el 47,1% de los pacientes (entendiendo por remisión glucosa en ayunas  $< 126$  mg/dl y HbA1c  $< 6,5\%$ ), con valores medios de glucemia de  $99,94 \pm 39,93$  mg/dl, y de HbA1c de  $5,9 \pm 1,39\%$  en el grupo general, mientras que los valores medios de glucemia y HbA1c en los pacientes con diagnóstico previo de diabetes fue  $106,57 \pm 49,70$  mg/dl y  $6,4 \pm 11,83\%$  respectivamente. El 14,7% de los pacientes remitieron de la HTA (normotensos sin tratamiento farmacológico), y el 20,6% de la DL (sin alteraciones en el perfil lipídico sin hipolipemiantes). Los valores medios en el grupo global al año de la intervención fueron: colesterol total  $173,61 \pm 32,49$  mg/dl, TG  $96,09 \pm 39,71$  mg/dl, HDL  $51,76 \pm 10,18$  mg/dl y LDL  $98,10 \pm 26,09$  mg/dl. El 71,9% de los pacientes persistieron con SAHS, el 34,4% necesitaba uso de CPAP nocturna (Figura 1).

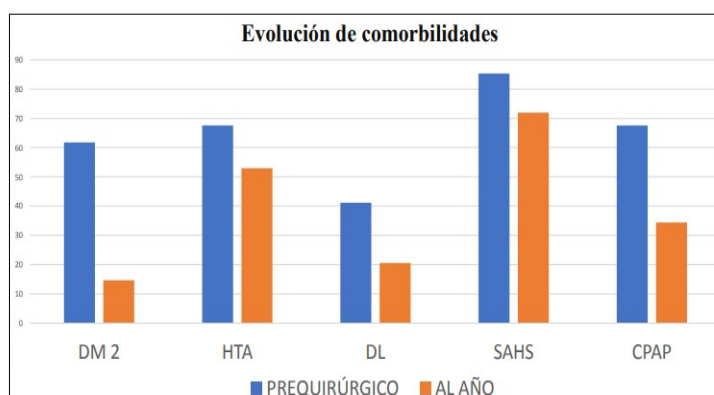


Figura 1: Evolución de comorbilidades al año de la cirugía

De las complicaciones estudiadas al año, un paciente presentó trombosis venosa (TV) (2,94%), y dos reflujo gastroesofágico (RGE) (5,9%). En cuanto a las complicaciones inmediatas postquirúrgicas, un 14,2% de los menores de 60 años

presentó alguna complicación. La frecuencia de FGE fue 12,7%, hemorragia digestiva 1,3% y de infección de herida 1,3%. Al año de la intervención 6% presentaron TV, 0,7% RGE, 4% hipoglucemias y 0,7% síndrome de Dumping. La estancia media fue  $4,74 \pm 7,45$  días y mortalidad por cirugía bariátrica 0,67% (un paciente falleció a los 26 días de la intervención por FGE complicada).

Al comparar la evolución antropométrica de ambos grupos de edad, se identificó diferencia significativa en el PEPP, a favor del grupo de menor edad ( $p < 0,001$ ). En estancia media no se objetivaron diferencias entre ambos grupos, ni tampoco en las tasas de complicaciones postquirúrgicas inmediatas ni al año (Tabla 1).

**Tabla 1.** comparativa en menores vs mayores de 60 años

	<60 años	>60 años	p
n	150	34	
Mujeres: n (%)	110 (73,3)	20 (58,8)	No significativo
Hombres: n (%)	40 (26,7)	14 (41,2)	
Edad (años)	43,09 (9,87)	63,65 (2,75)	
Media IMC (kg/m <sup>2</sup> )			
Prequirúrgico	44,85 (6,23)	44,26 (6,83)	No significativo
A los 12 meses	28,78 (4,66)	31,49 (4,84)	0,002
PEPP 12 meses (%)	71,99 (18,54)	59,64 (15,37)	<0,0001
PEIMC 12 meses (%)	82,24 (21,78)	68,49 (19,00)	0,001
Días de ingreso	5,74 (7,55)	6,62 (15,91)	No significativo
Complicaciones (%)			
Inmediatas	21 (14,2)	4(11,8)	No significativo
12 meses	17 (13,2)	2 (5,9)	No significativo

n: Tamaño muestral; PEPP: Porcentaje de Exceso de Peso Perdido; PEIMC: Porcentaje de Exceso de IMC perdido.

### Conclusiones

La CB no debería ser denegada a pacientes sólo por su edad, ya que la tasa de complicaciones y mortalidad no es superior a la observada en los más jóvenes, y podría ayudar a reducir comorbilidades asociadas a la obesidad y a mejorar su calidad de vida. Por tanto, cada paciente debería ser valorado individualmente e informado de los probables resultados menos satisfactorios en cuanto a la pérdida ponderal, con respecto a los pacientes de menor edad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aranceta-Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Ramos-Carrera N, Lázaro-Masedo S. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25–64 años) 2014–2015: estudio ENPE. *Revista Española de Cardiología*. 2016;69 (6):579-587.
2. Victorzon M, Giordano S. Bariatric surgery in elderly patients: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*. 2015;1627-1635.
3. Kaplan U, Penner S, Farrokhhyar F, Andruszkiewicz N, Breau R, Gmora S et al. Bariatric Surgery in the Elderly Is Associated with Similar Surgical Risks and Significant Long-Term Health Benefits. *Obesity Surgery*. *Obes Surg*. 2018;28 (8):2165-2170
4. Marihart C, Brunt A, Marihart S, Geraci A. What's Age Got to Do With It? A Comparison of Bariatric Surgical Outcomes Among Young, Midlife, Older and Oldest Adults. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 2016; 19: 1-7.
5. Caceres B, Moskowitz D, O'Connell T. A review of the safety and efficacy of bariatric surgery in adults over the age of 60: 2002-2013. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2015;27 (7):403-410.
6. Pajeccki D, Dantas ACB, Kanaji AL, de Oliveira DRCF, de Cleve R, Santo MA. Bariatric surgery in the elderly: a randomized prospective study comparing safety of sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass (BASE Trial). *Surg Obes Relat Dis*. 2020; 16 (10):1436-1440.
7. Vinan-Vega M, Diaz Vico T, Elli EF. Bariatric Surgery in the Elderly Patient: Safety and Short-time Outcome. A Case Match Analysis. *Obes Surg*. 2019;29 (3):1007-1011.