

UDS

PASIÓN POR EDUCAR



Nombre del Alumno: Leonardo López Roque

Nombre del tema: Obesidad mórbida

Nombre de la Materia: Clínica quirúrgica

Nombre del docente: Dr Romeo Antonio Molina Román

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Parcial: 4to

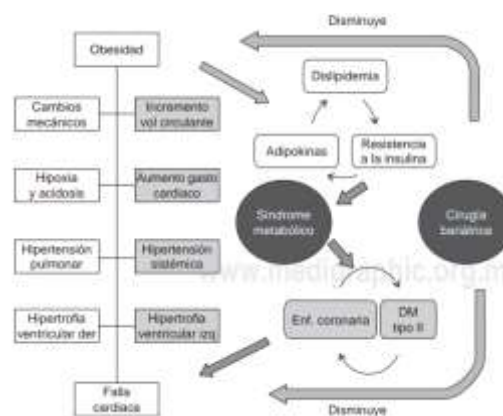
Grado y grupo: 5 - B

Semestre: 5to

OBESIDAD MÓRBIDA

La obesidad mórbida según los National Institutes of Health (Institutos Nacionales de Salud) se define como un sobrepeso de 50 al 100% encima del peso corporal ideal, o 45 kg sobre el peso corporal ideal. También se toma en cuenta el criterio de un índice de masa corporal (IMC) superior a 40. El término mórbida lo utilizamos en un sentido más profesional ya que indica estar relacionada a una enfermedad, en general síndrome metabólico. El síndrome metabólico tiene varias definiciones, algunas de las cuales aún permanecen controversiales. Los factores de riesgo aislados son una cosa, pero cuando ocurrió en un patrón que indicaba enfermedad, muchos expertos lo empezaron a llamar Síndrome. El cuadro clínico presenta: artritis, artrosis, apnea, hta, erge, asma.

Se ha reconocido a la obesidad como un factor de riesgo clásico para la aterosclerosis y enfermedad cardiovascular subsecuente. Es un componente de un grupo de estados de riesgo cardiovasculares incluyendo hipertensión, resistencia a la insulina y dislipidemia, las cuales se combinan para formar lo que hoy se define como síndrome metabólico.



Se ha observado que, dentro de los efectos más notables de la cirugía bariátrica en el síndrome metabólico, está el incremento a la sensibilidad a la insulina de dos a tres veces a los pocos días de llevada a cabo la cirugía. En la actualidad se sabe que el TAB (tejido adiposo blanco) produce más de 50 factores con actividad parecida a la de las citocinas (correctamente denominadas adipocinas). Estas adipocinas utilizan mecanismos de acción endocrinos, paracrinos, autocrinos y yuxtacrinos, e intervienen en una amplia variedad de procesos fisiológicos y patológicos, incluidas la inmunidad y la inflamación.

El tejido adiposo libera ácidos grasos, los cuales pueden causar resistencia metabólica a la insulina; y también está asociado a niveles circulantes elevados de PCR (un marcador de inflamación crónica subclínica) y niveles bajos de adiponectina. La leptina es producida principalmente por los adipocitos y sus valores circulantes están relacionados con la masa de TAB. Ésta disminuye la ingesta de alimento y aumenta el consumo energético por medio de la inducción de factores anorexigénicos (el transcriptor regulado por cocaína y anfetamina y el proopiomelanocortina) mediante la supresión de neuropéptidos orexigénicos como el neuropéptido y la orexina.

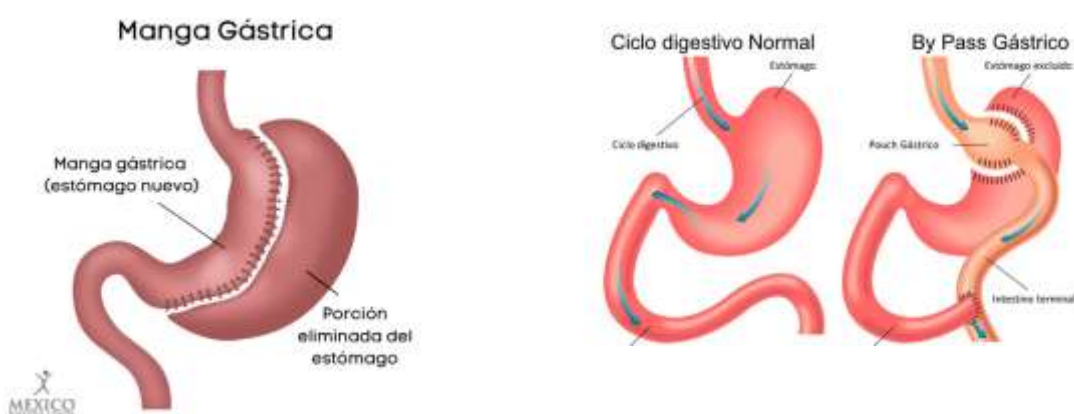
El peso de una persona con obesidad mórbida es muy variable según su altura. Si mide 1,55 mt. pesaría 95 kg, si mide 1,65 mt. Pesaría 110 kg y si 1,75mt. 122 kg. La mejor medida que nos puede indicar si un paciente (siempre en personas sedentarias) tiene o no obesidad mórbida es su IMC (Índice de Masa Corporal).



La TAC y la RMN pueden establecer de manera exacta la localización del tejido adiposo y son considerados el estándar de oro para hacerlo. La base del tratamiento reside en realizar un plan dietético hipocalórico adecuado a cada persona junto con un programa de actividad física individualizado. En ocasiones, además es necesario un apoyo farmacológico adecuado y la necesidad de educación nutricional para generar un balance calórico negativo, que permita un descenso progresivo del exceso de grasa corporal. Con ello se pretende, además de reducir el exceso de peso, mejorar los síntomas y disminuir los riesgos, demostrados, asociados a la obesidad.

La cirugía bariátrica es el tratamiento más efectivo para la obesidad severa, pues produce una disminución de peso dramática y duradera. Una de las cirugías que se han realizado con frecuencia recientemente es la manga gástrica o gastrectomía tubular laparoscópica. Ésta elimina la porción de estómago donde se produce la grelina, hormona que estimula el apetito.

La manga gástrica es una operación puramente restrictiva que reduce el tamaño del estómago a un reservorio de 60-100 mL, permitiendo la ingesta de pequeñas cantidades de alimento y dando una sensación de saciedad tempranamente durante la comida. Recientemente, sin embargo, se ha sugerido que la atenuación de los niveles de grelina endógenos pueden también contribuir al éxito de la manga gástrica laparoscópica.



Bibliografía

Sabiston Tratado de Cirugía C.M. Townsend Ed., 19ª Ed. Elsevier (1 vol.). Madrid, 2013.

Práctica quirúrgica preclínica F González-Hermoso & MA Gómez Culebras. Univ de La Laguna, 1.998.