

# BALÓN INTRAGÁSTRICO: UNA ALTERNATIVA ENDOSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.

Dra. Romero M, Jenny J\*.

\*Gastroenterólogo. Clínica Sanitas -  
Policlínica Santiago de León.

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial compleja que se desarrolla por la interacción del genotipo y el medio ambiente. El conocimiento sobre cómo y porqué se produce la obesidad es aún incompleto, pero está claro que el problema tiene su raíz en factores sociales, culturales, de comportamiento, fisiológicos, metabólicos y genéticos<sup>(1)</sup>.

Considerado en una época como un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el exceso de peso y la obesidad actualmente están aumentando drásticamente también en los países de ingresos bajos y medios, particularmente en las ciudades, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(1,2)</sup>.

La OMS proyecta que para 2015, haya aproximadamente 2.300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones serán obesos<sup>(1,2)</sup>. En varios países de Latinoamérica se ha publicado la prevalencia e incidencia del sobrepeso y obesidad, sin embargo, no disponemos de estadísticas oficiales en Venezuela<sup>(3)</sup>.

La visión fisiopatológica de la obesidad ha variado drásticamente ya que hoy se considera de una gran complejidad, más que un simple paradigma entre un desequilibrio entre el consumo de energía y su gasto. Se estima que los adultos con sobrepeso u obesos, aumenta substancialmente el riesgo de morbilidad por hipertensión, dislipidemia, diabetes tipo 2, enfermedad coronaria del corazón, accidentes cerebrovasculares, enfermedad de la vesícula biliar, gota, osteoartritis, apnea del sueño, problemas respiratorios, cáncer del endometrio, glándula mamaria, próstata y colon<sup>(1,3,4)</sup>.

El objetivo inicial del tratamiento debe ser reducir alrededor de 10% del peso corporal actual del paciente, lo cual dis-

minuye los factores de riesgo relacionados con la obesidad. Si se tiene éxito y las condiciones del paciente lo permiten, se debe intentar una reducción de peso adicional. Seis meses de tratamiento es un tiempo razonable para reducir 10% del peso corporal. La conservación del peso alcanzado debe ser una prioridad después de los primeros 6 meses de tratamiento para la reducción de peso. El médico debe tratar inicialmente al paciente por lo menos durante seis meses, con una terapia centrada en el mejoramiento de sus hábitos de vida (alimentación, ejercicio físico y salud mental), antes de embarcarse en una terapia medicamentosa<sup>(1, 3, 4, 6)</sup>.

El balón Intragástrico (BIG) representa un tratamiento temporal no quirúrgico y no farmacológico para la obesidad y es considerado una opción alternativa terapéutica intermedia para el tratamiento de la obesidad. Es un procedimiento endoscópico, restrictivo, totalmente reversible y repetible en cualquier momento y que facilita la aplicación de los cambios de hábitos de alimentación y de comportamiento<sup>(1, 6, 7)</sup>. Debe ser propuesto en el marco de un equipo multidisciplinario, tras el fracaso de medidas conservadoras y la exclusión de causas hormonales o genéticas para la obesidad<sup>(8)</sup>.

Generalmente los criterios para la terapia con BIG incluyen un índice de masa corporal entre: 1.- 27,0 y 29,9, en asociación con comorbilidades graves que probablemente mejoran con la pérdida de peso (típicamente diabéticos que requieren insulina); 2.- 30,0 y 34,9, con comorbilidades; 3.- 35,0 y el 39,9 sin comorbilidades; 4.-  $\geq 40$ , la mayoría como un preparación para la cirugía bariátrica<sup>(7)</sup>.

Se han publicado revisiones sistemáticas y meta análisis que recoge los principales trabajos de series de casos y

controlados<sup>(7-10)</sup>. Cabe señalar que aunque existen muchos grupos de trabajo que utilizan esta técnica como parte del manejo de los pacientes con sobrepeso y obesidad, llama la atención la escasez de trabajos controlados, prospectivos, comparativos que evalúen de manera adecuada esta modalidad terapéutica.

En Venezuela, el grupo de Dias C y colaboradores<sup>(12)</sup> ha utilizado el BIG como parte de las estrategias para el tratamiento del sobrepeso y obesidad, con buena tolerancia, seguridad del procedimiento y con bajas complicaciones técnicas. En su estudio, ellos reportaron una pérdida de peso promedio de 14,33 kg, con una disminución de 5,62 kg/m<sup>2</sup> del IMC, lo cual es comparable con otras series publicadas en Latinoamérica y Europa<sup>(13-16)</sup>; y representa una pérdida entre 15 y 20% del peso corporal inicial en promedio, siendo lo reporta en la literatura entre 12 y 37 kg.

Las alarmante cifras de prevalencia e incidencia de sobrepeso y obesidad, así como de sus graves comorbilidad, hacen considerar a esta enfermedad una pandemia, que se hace más grave porque afecta a todo el mundo sin limitaciones de índole económica y/o cultural, y Venezuela no escapa de ello. Debemos tomar conciencia del rol que representamos como parte de un equipo multidisciplinario cuya misión es el tratamiento y control, una vez alcanzado las metas, del peso adecuado, así como de las comorbilidades. Así mismo, es de vital importancia la publicación de estudios clínicos controlados, comparativos, prospectivos y con seguimiento a largo plazo, a fin de validar las indicaciones idóneas de esta nueva herramienta terapéutica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología 2009. Toouli J et al. Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/obesity.html>.
2. WHO (2007) Obesity and overweight (Internet) World Health Organization. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
3. Montero Julio César. Epidemiología de la obesidad en siete países de América Latina. *Form Contin Nutr Obes* 2002; 5(5): 3-7.
4. Daza Carlos Hernán. La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colomb Med* 2002; 33: 72-80.
5. Hernández-Jiménez Sergio. Fisiopatología de la obesidad. *Gac Méd Méx* 2004; 140 (2): S27-S32.
6. Rubio Miguel A. y Carmen Moreno. Tratamiento médico de la obesidad mórbida: alternativas actuales, límites y perspectivas. *Cir Esp* 2004; 75(5):219-224.
7. Dumonceau Jean-Marc. Evidence-based Review of the BioEnterics Intra-gastric Balloon for Weight Loss. *Obes Surg* 2008; 18:1611-1617.
8. Escudero Sanchis A et al. Efectividad, seguridad y tolerancia del balón intragástrico asociado a una dieta hipocalórica para la reducción de peso en pacientes obesos. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100(6): 349-354.
9. Fernandes M, Atallah AN, Soares BG, Humberto S, Guimaraes S, Matos D, Monteiro L, Richter B. Intra-gastric balloon for obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (1): CD004931. Review.
10. Mazure RA et al. Balón intragástrico en el tratamiento de la obesidad. *Nutr Hosp*. 2009; 24:138-143.
11. Imaz I, Marinez-Cervell C, García Alvarez E, Sendra Gutierrez JM, Gonzalez Enriquez J. Safety and Effectiveness of the Intra-gastric Balloon for Obesity. A Meta-Analysis. *Obes Surg* 2008; 18: 841-6.
12. Dias C et al. Balón Intra-gástrico: Una alternativa endoscópica en el tratamiento de la obesidad. *GEN* 2010, en prensa.
13. León E et al. Balón Intra-gástrico: una alternativa en el tratamiento Endoscópico de la obesidad. *GEN*. 2005. 59(3): 210-214.
14. Mathus-Vliegen EM, Tytgat GN. Intra-gastric balloon for treatment – resistant obesity: safety, tolerance and efficacy of 1-year balloon treatment followed by 1-year balloon-free follow-up. *Gastrointest Endosc* 2005; 61(1):19-27.
15. Genco A, Bruni T, Doldi S, et al. BioEnterics Intra-gastric Balloon: the italian experience with 2.515 patients. *Obes Surg* 2005; 15 (8): 1161-4.
16. Herve J, Wahlen CH, Shaeken A. What becomes of patients one year after intra-gástrico balloon has been removed? *Obes Surg* 2005; 15 (6): 864-70.