

TRABAJO DE FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Medicina

Trastorno por atracón y Cirugía Bariátrica

Autora: Adela Parra Gea

Director: Emilio José López Rodríguez

Murcia, mayo 2024

TRABAJO DE FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Medicina

Trastorno por atracón y Cirugía Bariátrica

Autora: Adela Parra Gea

Director: Emilio José López Rodríguez

Murcia, mayo 2024

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos: Parra Gea	Nombre: Adela
DNI: 48700569R	Grado: Grado en Medicina
Facultad: Facultad de Ciencias de la salud	
Título del trabajo: Trastorno por Atracón y Cirugía Bariátrica	

El Dr. Emilio José López Rodríguez tutor del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a 1 de Mayo de 2024

Fdo.: Emilio J. Lopez Rodriguez

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera expresar mi más profundo agradecimiento a mi tutor, Dr. Emilio López Rodríguez. Sin su contante orientación, paciencia y apoyo, la realización de este trabajo no hubiera sido posible.

Por otro lado, deseo dedicar un agradecimiento al Dr. César García Llorente, cuya práctica tan humana con los pacientes bariátricos, ha inspirado el tema de este trabajo.

Asimismo, quiero agradecer a la UCAM por brindarme la oportunidad de estudiar Medicina y poder así dedicar el resto de mi vida al servicio de los demás.

A mis padres, quiero expresarles mi sincero agradecimiento por haberme ofrecido una vida académica llena de oportunidades. Su fe y amor incondicional son el cimiento de mi persona, y el pilar de este logro.

A mi hermana Teresa, quiero agradecerle su comprensión, apoyo y escucha durante estos últimos seis años. Sin la posibilidad de compartirlo con ella, este hito académico no tendría el mismo significado.

Además, quisiera agradecer a todos aquellos amigos y compañeros que me han acompañado en esta etapa de mi vida. Sin lugar a duda, su presencia ha sido mi mayor fuente de fortaleza.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	9
ABREVIATURAS	13
RESUMEN	15
ABSTRACT	17
1. INTRODUCCIÓN	19
2. MATERIALES Y MÉTODOS	23
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25
1.1. FRECUENCIA DE ATRACONES	25
1.1.1. Resultados a corto plazo.....	25
1.1.2. Resultados a largo plazo.....	26
1.1.3. Resultados según técnica quirúrgica.....	27
1.2. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	27
1.2.1. Trastornos de la conducta alimentaria.....	27
1.2.2. Otras manifestaciones psiquiátricas.....	28
1.3. COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS	29
1.3.1. Pérdida de peso.....	29
1.3.2. Otras complicaciones.....	30
1.4. DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS	31
4. CONCLUSIONES	33
5. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	35
6. BIBLIOGRAFÍA	37
7. TABLAS Y FIGURAS	43

ABREVIATURAS

TA	Trastorno por atracón
TCA	Trastornos de la conducta alimentaria
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
GUIRO	Guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas
SEEDO	Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad
BED	Binge Eating Disorder
ED	Eating Disorder
IMC	Índice de Masa Corporal
MeSH	Medical Subject Headings

RESUMEN

Introducción: El trastorno por atracón (TA) es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), presente en el 17% de los candidatos a cirugía bariátrica. A pesar de que supone un criterio de exclusión para la operación, cabe la posibilidad de que pacientes con TA, en activo o en remisión, estén siendo aceptados en intervenciones quirúrgicas donde solo se aborda una potencial consecuencia superficial de su patología psiquiátrica.

Objetivos: Revisar la literatura científica existente acerca de la evolución postquirúrgica de pacientes con TA sometidos a cirugía bariátrica, centrándose principalmente en la frecuencia de episodios atracones, el desarrollo de trastornos psiquiátricos y las complicaciones postoperatorias.

Materiales y métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica de los artículos científicos relacionados con la temática en la base de datos de PubMed. Se han consultado la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, además de la Guía GIRO elaborada por la SEEDO.

Resultados y discusión: Los atracones disminuyen después de la cirugía, pero los resultados a largo plazo son inconsistentes. Es posible el desarrollo de nuevos TCA, además de otros trastornos psiquiátricos de carácter compensatorio. La literatura presenta discrepancias sobre el impacto del trastorno alimentario en la pérdida de peso postoperatoria.

Conclusiones: La calidad de los estudios de esta área de investigación es baja, con múltiples debilidades metodológicas. Serán necesarios futuros estudios, con métodos más homogéneos y representativos, que concreten la evolución de estos pacientes a largo plazo.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, Trastorno por atracón, Cirugía bariátrica, Obesidad, Postoperatorio

ABSTRACT

Introduction: Binge eating disorder (BED) is a form of eating disorder (ED) that affects 17% of bariatric surgery candidates. While it serves as an exclusion criterion for the surgery, patients with BED, whether active or in remission, may still be accepted for surgical interventions where only a potentially superficial consequence of their psychiatric pathology is being addressed.

Objectives: To review the existing scientific literature on the postoperative evolution of patients with BED undergoing bariatric surgery, focusing mainly on the frequency of binge eating episodes, the development of psychiatric disorders and postoperative complications.

Material and methods: A bibliographic review of scientific articles related to the topic has been carried out using the PubMed database. The Desk Reference to the Diagnostic Criteria from the DSM-5 and the Spanish Guide "GIRO" crafted by the SEEDO were consulted.

Results and discussion: Binge eating episodes decrease after surgery, but long-term results are inconsistent. The development of new EDs, as well as other compensatory psychiatric disorders, is possible. The literature varies regarding the effect of eating disorders on postoperative weight loss.

Conclusions: The quality of studies within this research area is relatively low, exhibiting numerous methodological weaknesses. In order to determine the long-term evolution of these patients, future studies will require the use of more homogeneous and representative methods.

Keywords: Eating disorders, Binge eating disorder, Bariatric surgery, Obesity, Postoperative

1. INTRODUCCIÓN

En 1959, Albert Stunkard fue el primer psiquiatra en documentar episodios de atracones mediante la observación de los patrones alimentarios en pacientes con obesidad. No fue hasta la publicación de la quinta y última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) en 2013 cuando el trastorno por atracón (TA) fue incluido como una entidad diagnóstica separada y distinta de otros trastornos de la conducta alimentaria (TCA)¹.

De acuerdo con este manual, el TA se caracteriza por frecuentes episodios de ingesta excesiva en un período de tiempo definido, acompañados por una sensación de pérdida de control. Además, cada episodio asocia por lo menos tres de los siguientes criterios: comer más rápido de lo normal, comer hasta sentirse incómodamente lleno, ingerir grandes cantidades de alimentos sin tener hambre física, comer solo debido a la vergüenza de la cantidad de alimentos consumidos, y sentir disgusto, depresión o vergüenza después del atracón. Al mismo tiempo, los episodios de atracón deben ir acompañados de un malestar intenso y ocurrir al menos una vez por semana durante un período de tres meses. A diferencia de otros trastornos alimentarios, no existen comportamientos compensatorios, como conductas purgativas o restrictivas (ejercicio físico excesivo y/o ayuno)². (Figura 1)

De la misma forma que en otros trastornos psiquiátricos, la hipótesis etiológica del TA es de origen biopsicosocial. A través de estudios en gemelos, se ha demostrado que este trastorno tiene una heredabilidad del 41-57%¹. Se postula que los fundamentos genéticos del TA incluyen alteraciones en los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y opioide. Estos a su vez están implicados en los procesos de impulsividad-compulsividad, relacionados con el circuito de recompensa: el sistema mesocorticolímbico³. A nivel neurológico, se sugiere que esto se traduce en alteraciones de la función ejecutiva, dando lugar a defectos en la regulación del comportamiento y del control inhibitorio⁴.

Consecuentemente, se considera que estos pacientes son más susceptibles a recurrir a la ingesta excesiva como una estrategia de afrontación ante experiencias vitales adversas. Una liberación de dopamina sensible al estímulo de la comida podría proporcionar un alivio temporal de estados emocionales desfavorables. Asimismo, podría propiciar la progresión de comportamientos inicialmente impulsivos hacia comportamientos compulsivos de carácter crónico, similar a lo observado en los trastornos por consumo de sustancias ⁴. Otro factor etiológico a considerar sería el empleo de dietas restrictivas, las cuales, con fines compensatorios, pueden actuar como desencadenantes de episodios de atracones ¹. Cabe recordar que la mayoría de los TCA también encuentran su génesis en la interacción con factores culturales, donde la percepción social negativa del peso y la presión mediática contemporánea ejercen influencias notables en su desarrollo. Por otro lado, es relevante considerar el impacto de eventos traumáticos en la infancia, como pérdidas de figuras parentales o abusos sexuales ⁵.

En un reciente metaanálisis, Qian et al. estiman una prevalencia de TA en la población general de entre el 1% al 2,17%. Al igual que el resto de TCA, es más frecuente en mujeres occidentales. Sin embargo, en comparación con la anorexia y bulimia nerviosa, la disparidad hombre/mujer es menor ⁶. El primer pico de incidencia ocurre en la adolescencia, a los 14 años; no obstante, el diagnóstico es dos veces más frecuente en el segundo pico, entre los 18 y los 20 años ⁷. Por otro lado, se ha de considerar que hasta el 80% de estos pacientes presentan otras comorbilidades psiquiátricas, siendo las más comunes los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo ¹.

La terapia cognitivo-conductual representa el tratamiento de primera línea para el trastorno por atracón. Complementariamente, se pueden emplear antidepresivos como la fluoxetina, antiepilépticos como el topiramato (para el control de la impulsividad), o lisdexanfetamina, especialmente en pacientes con obesidad concomitante, debido a su efectividad en la reducción del peso ⁵.

Aunque el TA no es exclusivo de personas con obesidad, esta última suele ser una consecuencia común. En un estudio llevado a cabo por Kessler

et al., donde se analizaron los datos de encuestas de salud mental a nivel mundial, se encontró que el 36.2% de los pacientes con TA tenían un índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 kg/m² ⁸. Por ello, al suponer la cirugía bariátrica el tratamiento más efectivo basado en evidencia para la obesidad ⁹, es entendible que entre el 13% y el 21% de los pacientes con TA sean candidatos a esta intervención ¹⁰.

La cirugía bariátrica abarca un conjunto de procedimientos quirúrgicos destinados a modificar el sistema digestivo con el objetivo de reducir el peso corporal. De acuerdo con la reciente Guía GIRO (Guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas), esta intervención está recomendada en pacientes con un IMC mayor o igual a 35 kg/m², independientemente de la presencia o severidad de comorbilidades. También puede considerarse en pacientes con un IMC entre 30 y 35 kg/m², que no hayan experimentado una mejoría del peso o comorbilidades tras tratamientos no quirúrgicos. La presencia de un TCA supone un criterio de exclusión para la intervención y, a su vez, un motivo de derivación al servicio de psiquiatría. Posteriormente, en el caso de objetivar una remisión del trastorno, es posible la realización de la cirugía ⁹. Por otro lado, cabe la posibilidad de que algunos pacientes pueden optar por no informar sobre conductas alimentarias inapropiadas durante la evaluación preoperatoria, con el fin de no ser excluidos del proceso ¹¹. Como resultado, existe la posibilidad de que algunos pacientes con TA, ya sea activo o en remisión, estén siendo aceptados en intervenciones quirúrgicas donde solo se aborda una potencial consecuencia superficial de su patología psiquiátrica.

Por tanto, este trabajo de revisión bibliográfica tiene como objetivo la recopilación de información existente acerca de la evolución postquirúrgica de pacientes con trastorno por atracón (TA), evaluado preoperatoriamente, que han sido sometidos a cirugía bariátrica. Para ello, nos enfocamos en tres áreas fundamentales: cambios en la frecuencia de los episodios de atracón, el desarrollo de trastornos psiquiátricos y las posibles complicaciones postquirúrgicas derivadas del trastorno.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Para la realización de esta revisión se recurrió principalmente a la base de datos “Pubmed”, por ser una base de datos de referencia entre la comunidad científica. Las referencias bibliográficas fueron gestionadas por la plataforma Zotero.

En primer lugar, utilizando el término “MeSH” (Medical Subject Headings) como primer filtro de nuestra búsqueda, se emplearon las siguientes palabras clave: “Binge-Eating Disorder”, “Bariatric Surgery” y “Treatment Outcome”, combinados mediante el operador booleano “AND”.

Los criterios de inclusión utilizados se centraron en aquellos artículos que abordasen la evolución postquirúrgica de pacientes con antecedentes prequirúrgicos de TA o episodios de atracones, sometidos a cirugía bariátrica. Debían enfocarse principalmente en al menos uno de los siguientes aspectos clave: cambios en la frecuencia de los episodios de atracón, desarrollo de trastornos psiquiátricos y posibles complicaciones postoperatorias derivadas del trastorno. Además, los candidatos a cirugía bariátrica debían tener un IMC mayor o igual a 30 kg/m², de acuerdo con las indicaciones para la cirugía bariátrica detalladas anteriormente. Por otro lado, los diagnósticos de salud mental debían haber sido realizados con instrumentos validados o entrevistas clínicas estructuradas basadas en el DSM. Asimismo, se excluyeron aquellos artículos que no aportaran información adicional o relevante respecto a los objetivos de la revisión.

Así a fecha de 2 de diciembre de 2023, con los términos MeSH detallados anteriormente, se obtuvieron un total de 32 resultados, de los cuales se descartaron 16 de acuerdo con los criterios establecidos, quedando un total de 16 artículos.

Otra rama de búsqueda se llevó a cabo, aplicando el buscador avanzado de Pubmed e introduciendo los términos “Binge-Eating Disorder”, “Association”,

“Morbid Obesity”, “Bariatric Surgery” y “Outcome”, enlazados mediante el operador booleano “AND”. Se hallaron 44 artículos, de los cuales, 7 se descartaron por coincidir con la búsqueda anterior y otros 24 fueron rechazados de acuerdo con los criterios de selección, obteniendo así un total de 13 artículos.

Adicionalmente, se examinaron las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados, con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluíbles en la revisión. De esta forma, se obtuvieron 3 artículos adicionales, todos ellos atendiendo a los criterios de inclusión previamente mencionados.

En todas las búsquedas se utilizaron artículos redactados en lengua española o inglesa. La búsqueda abarcó la bibliografía existente hasta 2023, no estableciéndose acotación temporal.

Finalmente, también se consultó la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 ² y la Guía GIRO, publicada por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) en febrero de 2024 ⁹.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1.1. FRECUENCIA DE ATRACONES

El TA es una preocupación significativa en pacientes candidatos a cirugía bariátrica, afectando aproximadamente al 17% de ellos (Figura 2) ¹⁰. Postoperatoriamente, la prevalencia específica de TA mejora notablemente, estimándose ésta en un 3.81% ¹².

1.1.1. Resultados a corto plazo

Los resultados de nuestra búsqueda destacaron la influencia del tiempo de seguimiento en la frecuencia de atracones registrada. De esta manera, la mayoría de los autores describen una tendencia a la reducción de los atracones durante el postoperatorio temprano, independientemente de la técnica quirúrgica empleada ^{10,12,13}.

En un estudio con una muestra étnicamente diversa, Allison et al. encontraron que sólo 2 de los 17 pacientes identificados preoperatoriamente con TA activo o en remisión, siguieron cumpliendo con los criterios diagnósticos de TA al año postquirúrgico ¹⁴. Similarmente, Luiz et al. encontraron que el 82.1% de su muestra prequirúrgica con un diagnóstico de TA, presentaron una disminución en la puntuación de la Escala de Atracónes (Binge Eating Scale, por sus siglas en inglés) durante el primer año postquirúrgico, indicando así una reducción significativa de la severidad del trastorno ¹⁵. En contraste, Hayden et al. encontraron en su estudio de cohortes, que un diagnóstico preoperatorio de TA era un predictor significativo de su persistencia a los dos años postquirúrgicos ¹⁶.

Se ha de considerar que, dado las restricciones físicas, fisiológicas y sociales potencialmente derivadas de la intervención, estos pacientes pueden seguir experimentando atracones, aunque no sea estrictamente conforme a los criterios diagnósticos establecidos ¹⁷. Consecuentemente, autores como Ivezaj et al. evaluaron en un estudio, a pacientes que consultaban durante el

postoperatorio temprano por una “sensación de pérdida de control” sobre la ingesta. Descubrieron que, entre aquellos que presentaron un diagnóstico preoperatorio de TA, el 81.8% ya no cumplían con los criterios objetivos a la evaluación ¹⁸. Similarmente, Chao et al. realizaron un estudio donde dividieron su muestra de pacientes postquirúrgicos en función de si presentaban o no un diagnóstico de TA preoperatorio. Durante el postoperatorio, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto al registro de episodios objetivos de atracones. Sin embargo, sí se encontró que el grupo con antecedentes de TA presentó un mayor registro de episodios subjetivos, caracterizados por una sensación de pérdida de control sin una ingesta excesiva de alimentos ¹⁹.

En consecuencia, autores como Goldschmidt et al. sugieren la refinación de la evaluación de los atracones en poblaciones postbariátricas, profundizando más allá de la categorización de ingestas de cantidades grandes o no grandes y enfocándose más en la sensación subjetiva de falta de control. Esto permitiría un conocimiento más preciso de la experiencia de los pacientes, pudiendo guiar su tratamiento postquirúrgico de una manera más efectiva e individualizada ¹⁷.

1.1.2. Resultados a largo plazo

Mientras que la evidencia considera una mejora en la ingesta compulsiva durante los dos primeros años, estudios como el de Järholm et al., metaanálisis como el de Dawes et al. y la reciente revisión paraguas de Law et al. señalan también las discrepancias encontradas en los resultados a largo plazo. De esta manera, se ha podido observar un aumento gradual de la frecuencia de atracones, con algunos estudios incluso informando de una regresión a niveles prequirúrgicos con el tiempo ^{10,12,13,20}.

En el caso del bypass gástrico, este aumento podría atribuirse a la distensión progresiva del saco gástrico, lo que con el tiempo facilitaría la ingesta de mayores cantidades de alimentos, favoreciendo así el cumplimiento de los criterios diagnósticos del TA ²¹. Otra razón, que podría aplicarse a todos

los tipos de cirugía, es la disminución del seguimiento multidisciplinario a largo plazo, lo que podría propiciar la regresión a comportamientos compensatorios como los atracones ^{12,19}.

1.1.3. Resultados según técnica quirúrgica

Se han encontrado diferencias en la evolución de los atracones en función del tipo de cirugía. Castellini et al. compararon los resultados psicopatológicos de tres tipos de técnicas bariátricas. Hallaron que los pacientes sometidos a derivación biliopancreática presentaron una menor reducción de los episodios de atracones en comparación con el resto de cirugías. Este dato favorece la hipótesis de que técnicas restrictivas, como el bypass gástrico o la gastrectomía vertical, son más efectivas en la reducción de los atracones que aquellas cirugías de carácter malabsortivo o mixtas ²². No obstante, todavía no existe una clara evidencia sobre si el beneficio se mantiene a largo plazo ¹³.

1.2. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

1.2.1. Trastornos de la conducta alimentaria

Postoperatoriamente, a pesar de que estos pacientes no puedan cumplir estrictamente con los criterios diagnósticos del TA, la evidencia apunta hacia la posibilidad de la exacerbación o el desarrollo de nuevos comportamientos maladaptativos de la alimentación ^{13,23,24}.

La “sensación de pérdida de control” respecto a la ingesta, ya comentada anteriormente, supone uno de los síntomas psiquiátricos más explorados en nuestra búsqueda. De esta manera, Smith et al. examinaron la progresión del TA y la sensación de falta de control en 129 pacientes durante los primeros siete años postquirúrgicos. Revelaron que, aunque el 9.2% de los pacientes con TA preoperatorio experimentaron una remisión de este, el 46.6% de ellos aún informaban de episodios de sensación pérdida de control ²⁵. Como se ha mencionado previamente, estos hallazgos subrayan la necesidad de una atención continua y dinámica tanto de la experiencia objetiva como subjetiva en cuanto a la conducta alimentaria de los pacientes con antecedentes de TA.

Otro comportamiento observado, aunque con menor evidencia que el anterior, sería el “grazing”, traducido del inglés como “picoteo”. A pesar de no ser reconocido por el DSM-5 como un trastorno mental de entidad propia, se caracteriza por el consumo repetitivo de pequeñas cantidades de comida durante el día, no obstante, sin experimentar una sensación de falta de control ^{23,26}. Colles et al. encontraron en su estudio que más del 60% de los pacientes con TA basal informaban de “picoteo” al año postquirúrgico ²⁷. Similarmente, Saunders ha resaltado cómo este comportamiento a nivel postoperatorio puede cumplir una función cognitiva similar a de los atracones ²⁸. Por otro lado, la rumiación, definida como la masticación y regurgitación repetida de alimentos ², y el vómito autoinducido, suponen otros trastornos observados en este grupo específico de pacientes postbariátricos, aunque menos explorados en la literatura científica actual ²³.

En definitiva, estos comportamientos no deben menospreciarse durante el seguimiento postquirúrgico. De la misma forma que los atracones, pueden conllevar a una ingesta calórica excesiva y, en consecuencia, a una recuperación del peso a largo plazo, socavando por ello la eficacia de la cirugía bariátrica ^{11,13,29}.

1.2.2. Otras manifestaciones psiquiátricas

En su revisión, Sarwer et al. describieron como la impulsividad supone un eje común entre los trastornos del ánimo, el trastorno por consumo de sustancias y el TA. Dado el similar comportamiento neurobiológico, exploraron la posibilidad de que pacientes con una regulación cognitiva inadecuada respecto a la ingesta previa a la cirugía, puedan experimentar un fenómeno postoperatorio denominado “transferencia de adicción”. De esta manera, al ser incapaces de ingerir grandes cantidades de alimentos, es plausible que recurran al consumo de sustancias nocivas, como el alcohol o las drogas, buscando el mismo efecto de “recompensa” que les proporcionaban los atracones. Sin embargo, la naturaleza específica de la relación entre el TA y el consumo de sustancias sigue siendo objeto de investigación, no pudiendo establecerse conclusiones definitivas respaldadas por una evidencia sólida ³⁰.

Por otro lado, en un estudio distinto del previamente mencionado, Järholm et al. evaluaron la asociación entre el TA prequirúrgico y otros aspectos de la salud mental en adolescentes, tanto antes como después de la intervención. Mientras que no se encontraron diferencias durante el primer año, al alcanzar los dos años de seguimiento, aquellos pacientes con antecedentes de TA, informaron de mayores síntomas de depresión, baja autoestima e ideación suicida que aquellos sin un diagnóstico de TA ³¹. Al estar asociado el TA con una dificultad en la regulación emocional ⁴, no es sorprendente que una vez eliminado un método inapropiado pero eficaz de afrontamiento emocional, aparezcan estos síntomas.

Similarmente, Furtado et al. realizaron un estudio observacional con 217 pacientes postquirúrgicos, con el objetivo de explorar la influencia de los trastornos mentales sobre el resultado a largo plazo de la cirugía bariátrica. Hallaron que, aunque el 24.9% de la muestra postbariátrica obtuvo un screening positivo para TA, ninguno lo informó explícitamente al ser preguntados por enfermedades actuales, lo que sugiere que no identificaron el trastorno como tal. Sin embargo, el 49.8% de esos comedores compulsivos, sí comunicó un estado de ansiedad generalizada ³². Al suponer la ansiedad una de las causas subyacentes del TA, este hallazgo refuerza aún más la premisa previamente mencionada: existe una necesidad de “estar alerta” a diferentes e insidiosas manifestaciones postquirúrgicas de patología alimentaria en aquellos pacientes con antecedentes de TA.

1.3. COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

1.3.1. Pérdida de peso

La bibliografía se muestra contradictoria a la hora de evaluar el efecto del TA en la pérdida de peso postquirúrgica. Mientras que algunos autores afirman una menor pérdida de peso en pacientes con TA preoperatorio ^{19,29,33-35}, otros sostienen lo contrario ^{16,36}, incluso llegando a informar de una mayor pérdida de peso ³⁷.

Por otro lado, varias investigaciones puntualizan que son los atracones a nivel postoperatorio, los que se relacionan con una menor pérdida de peso ^{14,23,36}. En contraste, en un estudio de cohortes de pacientes sometidos a cirugía de banda gástrica ajustable, Wood et al. describieron que fueron los cambios en los atracones, específicamente la disminución de estos, y no su presencia antes o después de la cirugía, los que tuvieron un valor predictivo sobre el peso ³⁸.

Por ello, ante la disparidad presente en la literatura científica actual, resulta imperativo la realización de futuras investigaciones con muestras más representativas y metodologías más homogéneas, que puedan proporcionar evidencia más consistente. Asimismo, sería de utilidad la comparación de los efectos de cada tipo de intervención quirúrgica, con el objetivo de identificar la cirugía más apropiada para este grupo de pacientes.

1.3.2. Otras complicaciones

Autores como García Díaz et al. han descrito en pacientes con TA intervenidos mediante bypass gástrico, una menor resolución de comorbilidades médicas como la hipertensión arterial, además de una mayor frecuencia de estenosis de la anastomosis gastroyeyunal ³⁹. En el estudio de una cohorte durante cinco años, Busetto et al. compararon los resultados de la cirugía bariátrica mediante banda gástrica ajustable en pacientes con y sin TA preoperatorio. Hallaron que, a los cinco años, la dilatación de la bolsa gástrica y del esófago era notablemente más frecuente en aquellos comedores compulsivos. Además, estos pacientes requirieron un mayor número de ajustes postoperatorios de la banda, en comparación con aquellos sin TA ⁴⁰. Por otro lado, en una revisión sistemática, Wimmelman et al. destacaron que complicaciones postoperatorias como el vómito, la obstrucción gástrica (“plugging”) o el vaciamiento gástrico excesivamente rápido (“dumping”), podrían ser el resultado de un comportamiento alimentario inapropiado después de la cirugía, como son los intentos de ingerir grandes cantidades de alimentos en un tiempo limitado ²⁴.

En suma, la bibliografía respecto a las complicaciones postquirúrgicas específicas derivadas del TA, más allá del efecto sobre el peso, es escasa. Por lo tanto, se necesitan más estudios que puedan exponer y precisar mejor los posibles riesgos postquirúrgicos en este grupo de pacientes, haciendo hincapié en las diferencias según el tipo de procedimiento quirúrgico empleado.

1.4. DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS

En definitiva, la calidad de la evidencia de los estudios sobre la evolución postquirúrgica de pacientes con TA preoperatorio es baja, lo cual genera una incertidumbre sobre la validez de los resultados obtenidos ¹⁰. Autores como Tess et al. destacan que esta evidencia se basa en estudios observacionales a corto plazo con múltiples debilidades metodológicas. Por otra parte, la variación en el tipo de herramientas empleadas en la evaluación del TA dificulta la identificación de su verdadera prevalencia. Por ello, es necesario sintetizar la información disponible sobre cómo evaluar el TA en poblaciones bariátricas, con el fin de concienciar al equipo multidisciplinar del grado de influencia postoperatoria que tienen los diagnósticos e intervenciones subóptimas en este grupo de pacientes ⁴¹.

Una dificultad añadida es la posible ocultación de los episodios de atracones en la evaluación preoperatoria, motivada por el temor al rechazo quirúrgico o requisitos adicionales. En este sentido, dado que las entrevistas clínicas son el estándar de oro para la identificación del TA en comparación con los cuestionarios normalmente administrados, se subraya la relevante participación del psiquiatra en la evaluación preoperatoria para la correcta identificación del trastorno ^{11,17}.

4. CONCLUSIONES

1. El trastorno por atracón (TA) es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) presente en el 17% de los candidatos a cirugía bariátrica.
2. La cirugía bariátrica reduce los atracones a corto plazo, no obstante, su eficacia a largo plazo es cuestionable.
3. Las técnicas quirúrgicas de carácter restrictivo, en comparación con las malabsortivas o mixtas, podrían ser más efectivas en la reducción de atracones. Se precisan estudios a largo plazo para poder evaluar adecuadamente su eficacia.
4. La evidencia actual sugiere que la evaluación postquirúrgica del TA debería considerar tanto los criterios objetivos detallados por el DSM-5, como la experiencia subjetiva de los pacientes.
5. Postoperatoriamente, estos pacientes podrían desarrollar nuevos TCA como el picoteo, la rumiación o los vómitos autoinducidos.
6. La imposibilidad postquirúrgica de recurrir a los atracones como estrategia de regulación emocional, podría favorecer el desarrollo de nuevos trastornos psiquiátricos compensatorios.
7. Ante las discrepancias presentes en la literatura respecto al efecto del TA en la pérdida de peso postoperatoria, es necesario el desarrollo de nuevos estudios con muestras más representativas y metodologías homogéneas.

8. El estudio de las posibles complicaciones postquirúrgicas derivadas del TA sigue siendo un área poco explorada que requiere investigaciones más exhaustivas.

9. La calidad de los estudios de esta área de investigación es baja, con múltiples debilidades metodológicas. Existe una necesidad de estandarizar la evaluación del TA en candidatos a cirugía bariátrica.

10. La figura del psiquiatra es crucial para la correcta identificación del TA, tanto en la evaluación preoperatoria, como en el seguimiento posquirúrgico.

5. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis o Pregunta de Investigación: Dada la escasa información existente acerca del desarrollo de nuevos trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en pacientes con antecedentes de trastorno por atracón (TA) sometidos a cirugía bariátrica, consideramos necesario mejorar la monitorización postquirúrgica de estos pacientes a largo plazo.

Objetivos:

1. Realizar reuniones conjuntas entre las especialidades de Cirugía General, Endocrinología, Psicología y Psiquiatría para abordar el estado actual de los conocimientos sobre la evolución del TA en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, realizando un intercambio de conocimientos, impresiones y sugerencias.
2. Llevar a cabo un registro de pacientes postbariátricos con antecedentes preoperatorios de TA o episodios de atracones.
3. Implementar un protocolo conjunto de actuación, dirigido a los facultativos responsables del seguimiento postquirúrgico de estos pacientes.
4. Evaluar anualmente los resultados obtenidos con el fin de proponer actuaciones de mejora.

Metodología y plan de trabajo: para cumplir con los objetivos establecidos, proponemos una serie de procesos a poner en práctica a nivel regional:

1. Ante la sospecha de un paciente con alteraciones de la conducta alimentaria en las consultas de seguimiento postquirúrgico de Cirugía General o Endocrinología, realizar un despistaje completo. Tener en cuenta tanto los criterios diagnósticos de TCA del DSM-5, como las experiencias subjetivas expuestas por el paciente.

2. Derivar casos sospechosos a la consulta de Psiquiatría: se llevará a cabo una anamnesis detallada, incluyendo antecedentes personales y familiares, así como un estudio psicopatológico.
3. Tratamiento en las consultas de Psicología y Psiquiatría, con terapia cognitivo-conductual y fármacos que mejoren la calidad de vida del paciente.
4. Asimismo, seguimiento por las consultas de Psicología y Psiquiatría tanto en la fase aguda como en el mantenimiento de la enfermedad. Prestar atención a las recaídas de síntomas psiquiátricos y a sus posibles repercusiones. Tener en cuenta los posibles factores psicosociales desencadenantes en el entorno del paciente.
5. Revisión de casos en reuniones conjuntas de los especialistas en Cirugía General, Endocrinología, Psicología y Psiquiatría involucrados en el tratamiento de esta enfermedad.
6. Análisis de los resultados y propuestas de mejora. Divulgación de la información relevante obtenida.

Aspectos Éticos de la Investigación: De acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, se obtendrá el consentimiento informado de los pacientes involucrados en el estudio. De esta manera, se informará a los pacientes de la naturaleza de la investigación, de una manera acorde a su capacidad de entendimiento, haciéndolos partícipes del proceso. Si por su estado clínico, los pacientes no fueran capaces de consentir, se buscará el consentimiento de sus familiares o representantes legales.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Jowik K, Dutkiewicz A, Słopeń A, Tyszkiewicz-Nwafor M. A multi-perspective analysis of dissemination, etiology, clinical view and therapeutic approach for binge eating disorder (BED). *Psychiatr Pol.* 30 de abril de 2020;54(2):223-38.
2. American Psychiatric Association. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
3. Donato K, Ceccarini MR, Dhuli K, Bonetti G, Medori MC, Marceddu G, et al. Gene variants in eating disorders. Focus on anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *J Prev Med Hyg.* 17 de octubre de 2022;63(2 Suppl 3):E297-305.
4. Boswell RG, Potenza MN, Grilo CM. The Neurobiology of Binge-Eating Disorder Differs from Obesity: Implications for Differential Therapeutics. *Clin Ther.* enero de 2021;43(1):50-69.
5. Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, Jiménez-Murcia S, Menchón JM, Fernández-Aranda F. A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatr Klin Diagn Ther Rehabil Organ Ges Osterreichischer Nervenarzte Psychiater.* junio de 2021;35(2):57-67.
6. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord.* 2022;27(2):415-28.
7. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry.* enero de 2022;27(1):281-95.
8. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health

- Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 1 de mayo de 2013;73(9):904-14.
9. SEEDO - Guía Giro [Internet]. [citado 30 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.seedo.es/index.php/guia-giro>
 10. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, et al. Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. *JAMA*. 12 de enero de 2016;315(2):150-63.
 11. Sheets CS, Peat CM, Berg KC, White EK, Bocchieri-Ricciardi L, Chen EY, et al. Post-operative psychosocial predictors of outcome in bariatric surgery. *Obes Surg*. febrero de 2015;25(2):330-45.
 12. Law S, Dong S, Zhou F, Zheng D, Wang C, Dong Z. Bariatric surgery and mental health outcomes: an umbrella review. *Front Endocrinol*. 2023;14:1283621.
 13. Spirou D, Raman J, Smith E. Psychological outcomes following surgical and endoscopic bariatric procedures: A systematic review. *Obes Rev*. junio de 2020;21(6):e12998.
 14. Allison KC, Wu J, Spitzer JC, McCuen-Wurst C, Ashare RL, Tewksbury C, et al. Changes in Eating Behaviors and Their Relation to Weight Change 6 and 12 Months After Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 1 de marzo de 2023;33(3):733-42.
 15. Luiz LB, Brito CL de S, Debon LM, Brandalise LN, Azevedo JT de, Monbach KD, et al. Variation of Binge Eating One Year after Roux-en-Y Gastric Bypass and Its Relationship with Excess Weight Loss. *PloS One*. 2016;11(12):e0167577.
 16. Hayden MJ, Murphy KD, Brown WA, O'Brien PE. Axis I disorders in

- adjustable gastric band patients: the relationship between psychopathology and weight loss. *Obes Surg*. septiembre de 2014;24(9):1469-75.
17. Goldschmidt AB, Conceição EM, Thomas JG, Mitchell JE, Raynor HA, Bond DS. Conceptualizing and studying binge and loss of control eating in bariatric surgery patients-time for a paradigm shift? *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg*. 2016;12(8):1622-5.
18. Ivezaj V, Kessler EE, Lydecker JA, Barnes RD, White MA, Grilo CM. Loss-of-control eating following sleeve gastrectomy surgery. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg*. marzo de 2017;13(3):392-8.
19. Chao AM, Wadden TA, Faulconbridge LF, Sarwer DB, Webb VL, Shaw JA, et al. Binge-eating disorder and the outcome of bariatric surgery in a prospective, observational study: Two-year results. *Obes Silver Spring Md*. noviembre de 2016;24(11):2327-33.
20. Järholm K, Bruze G, Peltonen M, Marcus C, Flodmark CE, Henfridsson P, et al. 5-year mental health and eating pattern outcomes following bariatric surgery in adolescents: a prospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. marzo de 2020;4(3):210-9.
21. Sarwer DB, Dilks RJ, West-Smith L. Dietary intake and eating behavior after bariatric surgery: threats to weight loss maintenance and strategies for success. *Surg Obes Relat Dis*. septiembre de 2011;7(5):644-51.
22. Castellini G, Godini L, Amedei SG, Faravelli C, Lucchese M, Ricca V. Psychological effects and outcome predictors of three bariatric surgery interventions: a 1-year follow-up study. *Eat Weight Disord EWD*. junio de 2014;19(2):217-24.
23. Meany G, Conceição E, Mitchell JE. Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: effects on weight outcomes after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. marzo de 2014;22(2):87-91.

24. Wimmelmann CL, Dela F, Mortensen EL. Psychological predictors of weight loss after bariatric surgery: a review of the recent research. *Obes Res Clin Pract.* 2014;8(4):e299-313.
25. Smith KE, Orcutt M, Steffen KJ, Crosby RD, Cao L, Garcia L, et al. Loss of Control Eating and Binge Eating in the 7 Years Following Bariatric Surgery. *Obes Surg.* junio de 2019;29(6):1773-80.
26. Saunders R. Compulsive Eating and Gastric Bypass Surgery: What does Hunger have to do with It? *Obes Surg.* 1 de diciembre de 2001;11(6):757-61.
27. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. *Obes Silver Spring Md.* marzo de 2008;16(3):615-22.
28. Saunders R. «Grazing»: A High-Risk Behavior. *Obes Surg.* 1 de enero de 2004;14(1):98-102.
29. Marek RJ, Ben-Porath YS, Dulmen MHM van, Ashton K, Heinberg LJ. Using the presurgical psychological evaluation to predict 5-year weight loss outcomes in bariatric surgery patients. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg.* marzo de 2017;13(3):514-21.
30. Sarwer DB, Allison KC, Wadden TA, Ashare R, Spitzer JC, McCuen-Wurst C, et al. Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg.* abril de 2019;15(4):650-5.
31. Järholm K, Olbers T, Peltonen M, Marcus C, Dahlgren J, Flodmark CE, et al. Binge eating and other eating-related problems in adolescents undergoing gastric bypass: results from a Swedish nationwide study (AMOS). *Appetite.* 1 de agosto de 2018;127:349-55.

32. Furtado T de A, Girundi MG, Campolina C de OC, Mafra SC, Oliveira AMO de, Santos MLPDD, et al. Depressive and eating disorders in patients post-bariatric surgery with weight regain: a descriptive observational study. *Arq Bras Cir Dig ABCD Braz Arch Dig Surg.* 2023;36:e1725.
33. Freire CC, Zanella MT, Segal A, Arasaki CH, Matos MIR, Carneiro G. Associations between binge eating, depressive symptoms and anxiety and weight regain after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Eat Weight Disord EWD.* febrero de 2021;26(1):191-9.
34. Ben-Porat T, Weiss R, Sherf-Dagan S, Rottenstreich A, Kaluti D, Khalaileh A, et al. Food Addiction and Binge Eating During One Year Following Sleeve Gastrectomy: Prevalence and Implications for Postoperative Outcomes. *Obes Surg.* 1 de febrero de 2021;31(2):603-11.
35. Brunault P, Jacobi D, Miknius V, Bourbao-Tournois C, Hutten N, Gaillard P, et al. High preoperative depression, phobic anxiety, and binge eating scores and low medium-term weight loss in sleeve gastrectomy obese patients: a preliminary cohort study. *Psychosomatics.* 2012;53(4):363-70.
36. Kops NL, Vivan MA, de Castro MLD, Horvath JDC, Costa FS, Friedman R. Binge eating scores pre-bariatric surgery and subsequent weight loss: A prospective, 5 years follow-up study. *Clin Nutr ESPEN.* agosto de 2020;38:146-52.
37. Miller-Matero LR, Bryce K, Saulino CK, Dykhuis KE, Genaw J, Carlin AM. Problematic Eating Behaviors Predict Outcomes After Bariatric Surgery. *Obes Surg.* julio de 2018;28(7):1910-5.
38. Wood KV, Ogden J. Explaining the role of binge eating behaviour in weight loss post bariatric surgery. *Appetite.* agosto de 2012;59(1):177-80.
39. García Díaz E, Jerez Arzola ME, Martín Folgueras T, Morcillo Herrera L, Jiménez Sosa A. Effect of binge eating disorder on the outcomes of

laparoscopic gastric bypass in the treatment of morbid obesity. *Nutr Hosp.* 2013;28(3):618-22.

40. Busetto L, Segato G, De Luca M, De Marchi F, Foletto M, Vianello M, et al. Weight loss and postoperative complications in morbidly obese patients with binge eating disorder treated by laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg.* febrero de 2005;15(2):195-201.

41. Tess BH, Maximiano-Ferreira L, Pajecki D, Wang YP. Bariatric surgery and binge eating disorder: should surgeons care about it? A literature review of prevalence and assessment tools. *Arq Gastroenterol.* 20 de mayo de 2019;56:55-60.

7. TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Criterios diagnósticos del Trastorno por atracón, según DSM-5 ²

-
- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.
- Especificar si:*
- En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.
- En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.
- Especificar la gravedad actual:*
- La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.
- Leve:** 1-3 atracones a la semana.
- Moderado:** 4-7 atracones a la semana.
- Grave:** 8-13 atracones a la semana.
- Extremo:** 14 o más atracones a la semana.
-

Figura 2. Prevalencia de trastornos mentales en candidatos a cirugía bariátrica¹⁰

Condition	Studies Reporting Data	Patients Reporting Data	Patients With Condition	Prevalence Estimate, % (95% CI) ^a
Any mood disorder	10	3307	788	23 (15-31)
Depression	34	51 908	12 009	19 (14-25)
Binge eating disorder	25	13 769	2400	17 (13-21)
Anxiety	22	38 459	10 515	12 (6-20)
Suicidal ideation or suicidality	6	3518	315	9 (5-13)
Personality disorders	6	3002	184	7 (1-16)
Substance abuse disorders ^b	19	40 725	1515	3 (1-4)
Posttraumatic stress disorder	10	15 039	187	1 (1-2)
Psychosis	6	3406	31	1 (0-1)

