

Cirugía General y del Aparato Digestivo - Técnicas quirúrgicas

## Kelvin Higa (cirujano): "Hoy la cirugía bariátrica es tan segura o más como una de cadera"

Especializado en cirugía bariátrica de revisión, este reconocido cirujano considera que por encima de toda técnica "se encuentra siempre el paciente".



El cirujano Kelvin Higa, del Hospital de Fresno (California, Estados Unidos), fotografiado en el Hospital Universitario de Getafe. Foto: LUIS CAMACHO.

Quienes han trabajado con él solo hablan maravillas de su destreza y de cómo sabe combinar las técnicas nuevas con los principios de la cirugía clásica. Kelvin Higa ha convertido, junto a su equipo, al Hospital del Fresno (California) en un **lugar de referencia internacional en cirugía bariátrica**. No está mal para un médico que renegaba de tratar la obesidad en el quirófano allá por la década de 1980, cuando la modalidad quirúrgica empezaba a dar sus primeros pasos con altas tasas de morbilidad y mortalidad. Pero el tiempo fue mejorando las técnicas, y cuando una aseguradora estadounidense le pidió un informe sobre este tipo de cirugía, buscó en la biblioteca estudios publicados (aún no había internet) y descubrió "que estaba completamente equivocado".

Así empezó su vínculo con las técnicas bariátricas que ha contribuido a **expandir y perfeccionar** desde hace más de tres décadas. En 1999, describió el primer **bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico con una gastroyeyunostomía manual**. Ahora, con diversos procedimientos afianzados, considera que "es una de las operaciones más seguras que existen, incluso más que otras tan comunes como la de prótesis de cadera, y eso tiene mucho que ver con el cambio de **cirugía abierta a laparoscopia**".

El también **profesor de Cirugía en el Programa de Educación Médica de Fresno de la Universidad de California en San Francisco** atiende a Diario Médico en una pausa entre cirugías que está realizando en el Hospital Universitario de Getafe.

El centro madrileño cuenta con una **Unidad de Obesidad Mórbida multidisciplinar** desde 2009, que tiene como objetivo la atención integral y coordinada del paciente obeso con indicación de cirugía bariátrica, tanto en su preparación antes de la cirugía como durante el proceso quirúrgico y hospitalización, así como en el periodo postquirúrgico. Bajo la dirección del cirujano **Juan Carlos Ruiz de Adana**, esta unidad de referencia nacional, ha tratado a más de 350 personas de obesidad mórbida entre 2017 y 2021; cerca de 1.500 enfermos desde que arrancaron con este tipo de cirugía en 2001, con resultados excelentes y sin mortalidad.



Los cirujanos Juan Carlos Ruiz de Adana, Kelvin Higa y Alberto Hernández Matías. Foto: LUIS CAMACHO.

Kelvin Higa ha participado en una jornada, coordinada por Ruiz de Adana y el también cirujano del Hospital de Getafe **Alberto Hernández Matías**. Bajo el lema *El que enseña aprende*, el encuentro científico ha retransmitido diez operaciones, entre ellas, un **bypass gástrico con anastomosis manual**; un abordaje del síndrome de *candy-cane*; una cirugía de hernia de hiato con funduplicatura de Nissen, y una reversión de **bypass a anatomía normal por pérdida excesiva de peso**.

Esa es una de las intervenciones a las que hace frente Higa, quien se ha especializado en cirugía de revisión; por su consulta pasan pacientes con fugas gástricas, malnutrición y pérdida subóptima de peso, entre otras **complicaciones**. "Vemos **todo el espectro de enfermos**. Por algo contamos con mucha experiencia y un hospital que nos apoya en el tratamiento de los pacientes que están peor".

Precisamente son los enfermos más graves a los que recuerda mejor: "Personas con problemas vitales, a las que **se les suele dar la espalda**; se ven obligados a abandonar estudios y trabajo, y se aíslan. Es terrible", dice, "sobre todo, porque hay tratamiento".

Higa, todo un referente en la técnica de **anastomosis manual**, no tiene una técnica favorita: "Para mí no importa tanto la técnica como el paciente, **centrarse en cada uno de ellos para ofrecerle el mejor procedimiento**. Por supuesto, cuanto más grave está el enfermo, más compleja será la intervención, como una derivación biliopancreática con cruce duodenal (DBP/DS), por ejemplo. En el fondo, lo que buscas es que los resultados se mantengan con los años. Y si haces algo nuevo y no sabes a ciencia cierta cuáles serán a largo plazo, tienes que poner en la balanza el beneficio y el riesgo, hablar de las potenciales complicaciones con el paciente".

Durante su presidencia de la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica, Higa añadió el término de **Metabólica** (desde entonces es la *American Society for Metabolic and Bariatric Surgery*, Asmb), subrayando así los **beneficios metabólicos** obtenidos con esta intervención, más allá de la mera pérdida de peso.

## No es solo una cuestión de IMC

"Desde luego si reducimos el peso, el paciente estará más sano. Pero cuando empiezas a mirar los estudios y a entender cómo funciona esto, comprendes que el peso, el índice masa corporal (IMC), es un síntoma de la enfermedad, como ocurre con la fiebre y la infección. Todo el mundo ve el peso, pero nosotros vemos el cuadro total". Una vez tratado, "¿el paciente va a vivir más tiempo? Si, podemos decirlo porque hay estudios a largo plazo. ¿Tendrá menos posibilidades de sufrir enfermedades cardíacas? También, y no solo eso, además tienen **menos probabilidades de desarrollar cáncer**, en concreto **un 60% menos**, que es la razón principal por la que las personas que se operan viven más tiempo que las que no lo hacen. El IMC es "una **medida anticuada**. Ni siquiera deberíamos usarlo, tendríamos que guiarnos por los factores de riesgo".

El cirujano lamenta la **visión simplista** que se tiene aún sobre la obesidad, como si fuera una cuestión de preferencias personales. "En Estados Unidos, la gran mayoría de los ciudadanos tienen sobrepeso u obesidad, y no es porque quieran; tengo pacientes que por mucho que se maten de hambre, por mucho que hagan ejercicio, siguen igual".

Confía en que en los próximos años "empecemos a mirar al paciente, no solo su IMC, ni su aspecto exterior, sino los **factores de riesgo involucrados**, qué enfermedades le van a afectar y lo que podemos hacer para ayudarlo a vivir más tiempo y mejor. Espero que seamos más precisos a la hora de atacar la enfermedad".