

Un reto para el cirujano bariátrico: cirugía de revisión bariátrica. Nuestra experiencia en 12 años.

L. Cristóbal Poch. E. Álvarez Peña. R. Corripio. M. Recarte. C.C. González-Gómez. F. Tone Villanueva. A. I. Herrera Sampablo. G. Vesperinas.

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España. ✉ lidia Cristobal. lidiacristobalpoch@gmail.com

Resumen. A medida que aumenta el número de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, aumentan los casos que requieren cirugía de revisión, para solucionar la reganancia de peso u otras complicaciones. Esta cirugía se realiza únicamente en centros de referencia y presenta una elevada morbilidad. Nuestro objetivo es revisar nuestra experiencia, para optimizar las indicaciones quirúrgicas en un primer tiempo. Revisamos todos los casos de cirugía de revisión bariátrica en el Hospital La Paz (2001-2012). De un total de 424 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica: 37 pacientes requirieron cirugía de revisión. La edad media fue de 47 años, 25% hombres, IMC medio de 46.2, el 62.16% presentaba comorbilidades (DM, HTA y SAOS principalmente). Respecto a las cirugías primarias, la más frecuente fue la gastrectomía vertical, gastroplastia vertical anillada y bypass gástrico. La causa principal de revisión fue reganancia de peso en 32 pacientes y la cirugía principal realizada el bypass gástrico. Un 59.4% de estas cirugías por vía laparoscópica. Desgraciadamente, evidenciamos un fallecimiento. Consideramos esencial la realización de esta cirugía por grupos con experiencia, así como el estudio individual de cada paciente.

Palabras claves: Cirugía revisión, cirugía bariátrica

Introducción

Actualmente, la obesidad es un problema a nivel mundial. Aproximadamente el 50% de la población tiene sobrepeso u obesidad [1]. Términos como globesidad o el tsunami de la obesidad son cada vez más utilizados. Año tras año, el número de cirugías bariátricas se incrementa, por tanto cada vez son más los pacientes que requieren cirugía de revisión. Algunos estudios estiman que el 5-50% de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica requerirán cirugía de revisión[2]. Esta cirugía está destinada a solucionar problemas derivados de la cirugía primaria, así como aquellos casos en los que el paciente no pierde el peso esperado o incluso recupera parte o todo el peso perdido. La cirugía de revisión es un verdadero reto para el cirujano bariátrico: requiere una preparación prequirúrgica adecuada, ya que técnicamente es muy exigente, además de que las complicaciones son más frecuentes.

Material y Métodos

Revisamos todos los pacientes intervenidos de cirugía de revisión bariátrica en el Hospital La Paz (2001 y 2012). Incluimos todas las cirugías que se realizaron con el fin de solucionar complicaciones agudas, subagudas o crónicas. El equipo está formado por dos cirujanos bariátricos, una endocrinóloga y una enfermera. Consideramos en todos los casos el acceso laparoscópico, al igual que Cohen, no pudiendo llevarse a cabo en algunos casos por adherencias.

Respecto a la elección de la técnica quirúrgica, los cirujanos se basaron en su propia experiencia, considerando al bypass gástrico como cirugía de referencia. Como evaluación preoperatoria se analiza la cirugía primaria, se realiza un control nutricional, un tránsito esofagogástrico así como endoscopia digestiva alta selectiva. Se valora la necesidad y los beneficios de una nueva cirugía, informando al paciente de los riesgos y de la posibilidad de complicaciones.

Asimismo, consideramos esencial la colaboración del paciente para conseguir el éxito de la segunda cirugía; puesto que entre los factores más importantes en la reganancia de peso, se encuentran los psicológicos[5]. Por ello, realizamos un seguimiento nutricional y psicológico a todos los pacientes.

Resultados

De un total de 424 pacientes intervenidos de cirugía de la obesidad, 38 pacientes requirieron cirugía de revisión bariátrica, realizando un total de 40 intervenciones: en 29 casos la cirugía primaria se realizó en nuestro hospital, y 11 casos fueron derivados de otros centros. La media de edad fue de 47.85 años (29-71), 75% mujeres- 25% hombres. El IMC medio fue de 46.2 (66-33). 25 pacientes presentaban comorbilidades, a pesar de la cirugía primaria, siendo la más frecuente la DM (21.6%), la HTA (21.6%) y el SAOS (18.9%). Partimos de un peso medio de 134 Kg (178- 89kg). El porcentaje de sobrepeso perdido fue de 40. Un 59.4% de estas cirugías se realizaron por vía

laparoscópica. Obtuvimos un total de 17.5% de complicaciones: 2 fistulas a nivel gástrico y 2 eventraciones de la era laparotómica.

Discusión

Antes de derivar a un paciente a cirugía de revisión, consideramos esencial considerar varios aspectos:

- No hay que olvidar que el objetivo de la cirugía bariátrica es mejorar la calidad de vida de los pacientes así como mejorar las comorbilidades, más que alcanzar un determinado peso ideal.
- Valorar si la técnica quirúrgica ha fallado al paciente, o ha sido el paciente el que ha fallado a la técnica, son aspectos esenciales; antes de valorar una posible cirugía de revisión. Hay pacientes que desgraciadamente no responderán al tratamiento. Por mucho que el cirujano se esfuerce, el paciente no va a cambiar sus hábitos y no obtendrá la pérdida de peso, ni la resolución de comorbilidades que esperamos.
- Para conseguir el éxito en la cirugía de revisión, es clave conocer la cirugía primaria realizada, la existencia de alteraciones anatómicas y si existe fallo de la técnica primaria, cual fue la causa [3].
- No existe una única cirugía para todos los pacientes que haya demostrado disminución de peso a largo plazo. Existen pacientes a los que tenemos que adaptar diferentes tipos de cirugía[4]. La responsabilidad de mantener el peso a largo plazo, tras la cirugía primaria, es del paciente y no de la técnica quirúrgica.
- No existen algoritmos ni reglas basados en estudios rdbomizados controlados, que nos guíen a la hora de elegir una técnica quirúrgica u otra. En muchas ocasiones, el cirujano debe basarse en su propia experiencia.

Por nuestra experiencia los aspectos más influyentes en la reganancia de peso son, el tamaño del reservorio gástrico [6], y el tamaño de la anastomosis gastroyeyunal. Otros factores ampliamente descritos en la literatura son: el consumo de carbohidratos, el abandono del seguimiento, la vida sedentaria o la comida por impulso, todos ellos analizados en consulta durante el seguimiento. Realizamos un seguimiento paralelo entre el equipo quirúrgico, nutricional y psicológico, con revisiones al mes de la cirugía, a los 3 meses, a los 6 meses y al año hasta los 5 años. Tras este

periodo sino existen complicaciones se da de alta definitiva al paciente.

La cirugía que más requirió revisión fue la gastrectomía vertical (16 pacientes), considerando en muchos de estos casos una cirugía en dos tiempos una cirugía más segura para el paciente. Técnicas clásicamente descritas con un alto porcentaje de cirugías de revisión como la banda gástrica que llega a un 50%[7], o la gastroplastia vertical anillada, que oscila entre un 25 y un 50%[8] tuvimos sólo 13 pacientes que requirieron cirugía de revisión. Aquellas cirugías mixtas, como el bypass gástrico que requieren una cirugía de revisión en menos del 20% de los casos[9], o técnicas puramente malabsortivas con una necesidad próxima al 5% según los estudios[10]; partimos de 3 bypass biliopancreático (T. Scopinaro), 5 bypass gástrico y una técnica de Salmon. La causa de revisión fue reganancia de peso (32 pacientes), dificultad de ingesta por estenosis (3), fistula gastrogástrica (1) y reflujo (1). Los pacientes que partían de técnicas restrictivas, se realizó un paso a bypass gástrico, como se describe en numerosos estudios[11]. De los pacientes que partían de bypass gástrico, se consideró la posibilidad descrita en numerosos estudios de paso de bypass proximal a distal[12], modificando el asa biliopancreática de 50 a 75cm y el asa alimentaria de 75 a 150cm en un paciente. En 7 pacientes en el estudio baritado evidenciamos una dilatación del reservorio, considerando la disminución del mismo en 4 casos y el anillado en otros 3 (Ambas técnicas documentadas en la literatura como técnicas para aumentar el componente restrictivo de la técnica mixta[13]). Los tres casos de bypass biliopancreático, se paso a bypass gástrico. El único caso de banda, se realizó paso a gastrectomía vertical, como se describe en algunos estudios[14]. Existen numerosos estudios que describen una alta incidencia de hernias internas tras la cirugía de bypass gástrico[15], nosotros evidenciamos un caso de hernia interna, al principio de la serie, que provocó un fallo multiorgánico y que llevó al paciente desgraciadamente al fallecimiento.

Conclusiones

Consideramos esencial el estudio individual de cada paciente intervenido de cirugía de revisión bariátrica, adecuando la elección de la técnica quirúrgica. La realización de esta cirugía, por su complejidad, debe ser realizada por grupos con experiencia. En nuestro centro, obtuvimos un porcentaje de sobrepeso perdido de 40 y un 17.5% de complicaciones.

Bibliografía

1. Datos aportados en el 1er Congreso Médico-quirúrgico de la obesidad celebrado en Madrid 14 y 15 de Marzo del 2013.
2. Kofman, Lent M, Swencionis CH. Maladaptive Eating Patterns, Quality of Life, and Weight Outcomes Following Gastric Bypass: Result of an Internet Survey Michele D. Obesity 2010; 18: 1938-43.
3. Todd Andrew Kellogg. Revisional bariatric surgery. Surg Clin N Am 91 (2011) 1353-1371
4. Csendes A, Burdiles P, Papapietro K, Burgos AM. Comparación del tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con obesidad grado III. Rev Med. Chile. 2009; 137: 559-66.
5. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, Ko CY, Meehan MM: Preoperative predictors of weight loss bariatric surgery: systematic review. Obes Surg 2012, 22: 70-89.
6. Leite Faria S, Kelly E, Faria OP, Energy Expenditure and Weight Regain in Patients Submitted to Roux-en-Y Gastric Bypass. Obes Surg. 2009; 19:856-9
7. DeMaria EJ, Sugerman HJ, Meador JG et al. High failure rate after laparoscopic adjustable silicone gastric banding for treatment for morbid obesity. Ann Surg 2001; 233 (6): 809-19
8. Baltasar A, Bou R, Arlandis F, et al. Vertical banded gastroplasty at more than 5 years. Obes Surg 1998; 8: 29-34
9. Radka JF 3rd, Puleo FJ, Wang L, et al. Revisional bariatric surgery: who, what, where and when? Surg Obes Relat Dis 2010; 6(6) : 635-42.
10. Gagner M. Laparoscopic revisional surgery after malabsorptive procedures in bariatric surgery, more specifically after duodenal switch. Surg Laparoscop Endosc Percutan Tech 2010; 20(5): 344-7
11. Gumbs AA, et al. Revisional bariatric surgery for inadequate weight loss. Obes Surg. 2007 Sep;17(9):1137-45
12. M Logan Rawlins et all. Revision of Roux-en-Y gastric bypass to distal bypass for failed weight loss. SOARD 2010
13. Katayun Irani, MD, et al. Midterm results for gastric banding as salvage procedure for patients with weight loss failure after Roux-en-Y gastric bypass. SOARD 2011
14. Cornelis Adrianus Sebastianus Berende et al. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy Feasible for Bariatric Revision Surgery. Obes Surg 2012. 22: 330-334
15. Husain S, Ahmed AR, Johnson J, Boss T, O'Malley W. Small-bowel obstruction after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: etiology, diagnosis, and management. Arch Surg 2007; 142: 988-933.