

Bypass gástrico como cirugía de revisión tras gastroplastia vertical con banda: a propósito de un caso de reflujo gastroesofágico intratable

S. Jeri-Mcfarlane^{1*}, A. Bianchi¹, Ja Martínez-Córcoles¹, A. Gil-Catalán¹, X. González-Argente¹, A. Pagan-Pomar¹

¹Department Of General Surgery And Gastroenterology, "Son Espases" University Hospital, Palma De Mallorca, Spain.

Corresponding: sebastian.jeri@ssib.es.

Resumen:

La cirugía de revisión en pacientes con antecedente de cirugía bariátrica, se está convirtiendo en un procedimiento realizado con mayor frecuencia debido a que aparece pérdida inadecuada de peso o complicaciones como malnutrición y reflujo gastroesofágico. Presentamos el caso de una mujer de 55 años, con antecedente de gastroplastia vertical anillada, que consulta por epigastralgia y reflujo gastroesofágico refractario a tratamiento médico. Se indica cirugía de revisión mediante conversión a bypass gástrico en Y Roux.

Palabras clave:

- Bariatric Surgery
- Gastroesophageal reflux
- Gastric bypass
- Vertical-banded gastroplasty.

Gastric bypass as review surgery after vertical band gastroplasty: reporting a case of an untreatable gastroesophageal reflux

Abstract:

Revisional surgery in patients with previous bariatric surgery is becoming a more common procedure because of inadequate weight loss or complications such as malnutrition and gastroesophageal reflux appear. We present the case of a 55 year old woman, which had a vertical banded gastroplasty who consulted for epigastric pain and gastroesophageal reflux refractory to medical treatment. A revisional surgery was indicated and conversion to Y Roux gastric bypass was performed.

Keywords:

- Bariatric Surgery
- Gastroesophageal reflux
- Gastric bypass
- Vertical-banded gastroplasty.

Introducción

La cirugía de revisión en pacientes con antecedente de cirugía bariátrica, se está convirtiendo en un procedimiento realizado cada vez con mayor frecuencia. Complicaciones como la malnutrición proteica, vómitos, el reflujo gastroesofágico y otros síntomas adversos relacionados con la cirugía, así como la pérdida de peso inadecuado, obligan a mejorar las condiciones clínicas que los pacientes sufren mediante la realización de cirugías de revisión(1,2).

La gastroplastia vertical con banda (GVB) es una técnica en desuso por su alto porcentaje de fracaso en la pérdida de peso relacionado con la fístula gastro-gástrica por dehiscencia de la línea de sutura, con la consecuente dilatación del reservorio y aparición del reflujo gastroesofágico intratable(3). La cirugía de conversión a bypass gástrico en Y de Roux (BGRY) es considerada una de las mejores opciones para estos casos(4).

Caso clínico

Paciente mujer de 55 años con antecedente de hernia de hiato e historia de obesidad refractaria a medidas higiénico dietéticas, a quien se le realizó gastroplastia vertical anillada en 1995. Acude a consultas externas presentando epigastralgia y reflujo gastroesofágico de 2 años de evolución con exacerbación de la clínica en el último semestre, asociado a plenitud postprandial y regurgitación refractaria a cualquier medida terapéutica médica. Se realiza manometría esofágica que informa de dificultad en el paso del esfínter esofágico inferior con contracciones hipoquinéticas del esófago. Además, se realiza tránsito esofágico y tomografía computarizada (TC) donde solamente se describe una hernia de hiato sin objetivar otras lesiones. A la exploración física presenta peso de 84 kg, talla 1.63m con IMC correspondiente a 31.62 kg/m². Por estas razones, se procede a realizar cirugía de revisión. En el acto quirúrgico se objetiva fístula gastro-gástrica debido a dehiscencia de la antigua sutura de la gastroplastia vertical, presentando comunicación entre la bolsa gástrica confeccionada y el remante gástrico. Se realiza bypass gástrico en Y Roux laparoscópico según técnica convencional(5). A las 48 horas postoperatorias presenta dolor brusco, predominantemente en mesogastrio, sin repercusión hemodinámica, por lo que se realiza TC tóraco-abdominal hallando hematoma intraperitoneal en epimesogastrio sin signos de sangrado activo, que se decide manejar mediante tratamiento conservador. Al 7º día postoperatorio es dada de alta con buena tolerancia a dieta líquida.

Durante el seguimiento postoperatorio, la paciente presenta, inicialmente, mejoría y sucesivamente desaparición del reflujo gastroesofágico, presentando

correcta tolerancia a dieta progresivamente normal y disminución de 14 kg en 4 meses (IMC 29 kg/m²). A los 7 meses tras la cirugía se realiza control mediante tránsito esofagogastroduodenal que informa motilidad y morfología normales sin presentar hernia de hiato (Figura 1).



Figura 1: Tránsito esofagogastroduodenal de control

Discusión

Con el mayor número de cirugías bariátricas realizadas, los cirujanos se encuentran con un aumento de las complicaciones relacionadas con las mismas. La pérdida de peso inadecuada es la causa más común de reintervención. La disrupción quirúrgica de la anatomía del esfínter esofágico inferior en las técnicas restrictivas y la colocación de una banda gástrica aumentan el riesgo de desarrollar enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y causar dilatación esofágica con consecuente pseudoacalasia, dando clínica de reflujo o pirosis refractarios al tratamiento médico(6).

La gastroplastia vertical con banda (GVB), descrita por Mason(7), ha sido una de las técnicas más empleadas de la cirugía bariátrica durante la década de 1980. Actualmente, se encuentra en desuso por las complicaciones postoperatorias que esta técnica presenta, como la erosión gástrica, la estenosis, la disfagia y los vómitos, además de la dificultad para mantener la pérdida de peso inicialmente conseguida(1). En el estudio de Nieves et al. se evalúa el porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) en los pacientes con GVB, considerando a los 60 meses el PSP y dividiendo los pacientes con buena pérdida ponderal, cuando su PSP era > 50% y los pacientes con fracasos si su PSP era < 50%. Se observó que solo el 55 % de los pacientes alcanzaban esta cifra. Esto demuestra que la GVB no cumple el requisito de mantener a largo plazo el PSP > 50 % en el 75 % de los pacientes(3). Balsiger et al. describen un grupo de 71 pacientes con GVB, a quienes se les realizó seguimiento durante más de 10 años. Solo el 20 % alcanzó la pérdida de peso esperada y el 17% de los pacientes se reintervino por presentar síntomas como vómitos, reflujo gastroesofágico y

pérdida de peso inadecuada. Algunos pacientes presentan pérdida de peso y malnutrición significativa por pobre tolerancia oral o vómitos(8). En aproximadamente el 46 % de los casos, los pacientes llegan a la cirugía de revisión con diagnóstico preoperatorio de intolerancia oral(9). En el caso presentado, la paciente no presentaba una inadecuada pérdida ponderal, pero sí un deterioro de la calidad de vida por los síntomas relacionados con el reflujo gastroesofágico persistente. Estos síntomas están principalmente relacionados con la estenosis del estoma, el aumento de tamaño del "Pouch" gástrico o la disrupción de la línea de grapado. Esta última no se advirtió en los estudios preoperatorios realizados, donde solo se pudo objetivar un esfínter esofágico inferior incompetente relacionado con la presencia de una hernia de hiato. La necesidad de cirugía de revisión tras la GVB varía del 21-56 % según la serie y está asociada con altas tasas de resolución de las complicaciones descritas(10). El objetivo de la cirugía de revisión es revertir las complicaciones asociadas, disminuyendo las complicaciones postoperatorias y prevenir la re-ganancia ponderal(8). En caso de fracaso de GVB, la conversión a otra cirugía bariátrica es la primera opción terapéutica. En el estudio retrospectivo de Van Wezenbeek et al.(11) se comparan tres diferentes tipos de cirugías de revisión tras GVB, poniendo en manifiesto que el BGYR resulta ser superior a la gastrectomía vertical (GV) y a la revisión de la gastroplastia vertical con banda primaria (Re-GVB) en términos de pérdida de peso adicional. A pesar que la GV parece tener menores complicaciones postoperatorias a corto plazo respecto al BGYR, este dato no se confirma a largo plazo presentando una mayor tasa de complicaciones y una mayor tasa de segunda cirugía de revisión(11). En el estudio realizado por Ekelund et al.(12) se realizó cirugía de revisión de GVB a BGYR en 32 pacientes por presentar pérdida inadecuada de peso, reflujo gastroesofágico y/o dehiscencia de línea de la sutura gástrica. Se comparó el reflujo gastroesofágico pre y postoperatorio mediante endoscopia, pH-metría esofágica y un score, demostrando que con la cirugía de revisión todos los pacientes presentaban mejoría de los parámetros de reflujo y de la clínica, permitiendo la retirada del tratamiento con inhibidores de bomba de protones y terapias antiácidas en todos los casos. Esto sugiere que la conversión de GVB a BGYR alivia los problemas de la cirugía bariátrica restrictiva(12). El BGYR es la opción que se debe considerar como el procedimiento de conversión de elección en pacientes que tiene reflujo gastroesofágico. Esto se ha demostrado, con buenos resultados, en distintos trabajos(10), además que produce mayor pérdida de peso y disminuye el reflujo gastroesofágico asociado a otras técnicas restrictivas(4,13). El desarrollo postoperatorio de ERGE en los pacientes con BGYR es raro(6). Naik et al. realizaron un estudio en el que se examinaron con

manometría esofágica a 81 pacientes antes y después de un BGYR. Los resultados describieron diferencia estadísticamente significativa en la reducción de la presión del esfínter esofágico inferior con aumento de la amplitud de onda esofágica en los pacientes post-operados(6).

Conclusiones

La cirugía de revisión bariátrica es técnicamente complicada y tiene tasas de complicación mayores que la cirugía bariátrica primaria. Sin embargo, la revisión laparoscópica de GVB a BGYR es un procedimiento factible que ofrece buenos resultados en la resolución de las complicaciones y que debe considerarse cuando nos encontramos frente a un paciente con presencia de reflujo gastroesofágico e inadecuada pérdida ponderal.

Lista de abreviaciones

GVB: Gastroplastia vertical con banda

BGYR: Bypass gástrico en Y de Roux

cGV: Conversión a Gastrectomía Vertical

Re-GVB: Revisión de la gastroplastia vertical con banda

ERGE: Enfermedad por reflujo gastroesofágico

PSP: Porcentaje de sobrepeso perdido

TC: Tomografía computarizada.

Conflictos de intereses

Este trabajo no ha recibido financiación de ningún tipo. Los autores declaran no tener conflictos de interés para el desarrollo de este trabajo.

Bibliografía

1. Tevis S, Garren MJ, Gould JC. Revisional Surgery for Failed Vertical-Banded Gastroplasty. *OBES SURG.* 2011;21:1220-1224. doi:10.1007
2. Cristobal L, Álvarez E, Corripio R, et al. Un reto para el cirujano bariátrico: Cirugía de Revisión Bariátrica. *BMI | Bariátrica Metabólica Ibero-Americana.* 2013;3(2).
3. Pérez N, Serra C, Baltasar A, Ferri L, Bou R, Bengochea M. Resultado comparativo entre la gastroplastia vertical anillada y el cruce duodenal en la obesidad mórbida. *Cirugía Española.* 2006;79(5):283-288. doi:10.1016/S0009-739X(06)70873-9
4. Moreno-Portillo M, Pereira-Graterol F, Magos FJ, Rojano-Rodríguez M, Alvarado-Aparicio A, Palacios-Ruiz JA. Conversión laparoscópica de gastroplastia vertical con banda a puente gástrico en "Y" de Roux. Reporte de un caso. *Cir Cir.* 2004;72(2):131-134.
5. Ellison EC, Zollinger RM. *Zollinger's Atlas of Surgical Operation. Tenth.*; 2016.

6. Naik RD, Choksi YA, Vaezi MF. Consequences of bariatric surgery on oesophageal function in health and disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016;13(2):111-119. doi:10.1038/nrgastro.2015.202
7. Mason EE. Vertical Banded Gastroplasty for Obesity. *Arch Surg.* 1982;117(5):701. doi:10.1001/archsurg.1982.01380290147026
8. Balsiger BM, Poggio JL, Mai J, Kelly KA, Sarr MG. Ten and more years after vertical banded gastroplasty as primary operation for morbid obesity. *J Gastrointest Surg.* 4(6):598-605. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11307094>. Accessed July 3, 2018.
9. Primomo J, Williams-Convington C, Karmali S, Sherman V. A Novel Approach to Failed Vertical Banded Gastroplasty: Laparoscopic Conversion to Sleeve Gastrectomy - SAGES Abstract Archives. <https://www.sages.org/meetings/annual-meeting/abstracts-archive/a-novel-approach-to-failed-vertical-banded-gastroplasty-laparoscopic-conversion-to-sleeve-gastrectomy/>.
10. Schouten R, van Dielen FMH, van Gemert WG, Greve JWM. Conversion of vertical banded gastroplasty to Roux-en-Y gastric bypass results in restoration of the positive effect on weight loss and co-morbidities: evaluation of 101 patients. *Obes Surg.* 2007;17(5):622-630. doi:10.1007/S11695-007-9106-2
11. van Wezenbeek MR, Smulders FJF, de Zoete J-PJGM, Luyer MD, van Montfort G, Nienhuijs SW. Long-term results after revisions of failed primary vertical banded gastroplasty. *World J Gastrointest Surg.* 2016;8(3):238-245. doi:10.4240/wjgs.v8.i3.238
12. Ekelund M, Öberg S, Peterli R, Frederiksen SG, Hedenbro JL. Gastroesophageal reflux after vertical banded gastroplasty is alleviated by conversion to gastric bypass. *Obes Surg.* 2012;22(6):851-854. doi:10.1007/s11695-011-0540-9
13. Bloomberg RD, Urbach DR. Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass for Severe Gastroesophageal Reflux after Vertical Banded Gastroplasty. *Obes Surg.* 2002;12(3):408-411. doi:10.1381/096089202321088264