

¿Es una buena opción el Bypass Gástrico de Una Anastomosis (BAGUA) como cirugía revisional en la reganancia ponderal tras la gastrectomía vertical?

Alberto Fierro Aguilar, M^a de los Ángeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo,
Jose Manuel Pacheco García.

Centro Hospital Universitario Puerta del Mar Cádiz

E-mail: marimayoo@gmail.com

DOI: <https://www.doi.org/10.53435/funj.00903>

Recepción (primera versión): 30-Agosto-2022

Aceptación: Diciembre-2022

Publicación online: N^o Diciembre 2022

Resumen

La gastrectomía vertical es una de las técnicas bariátricas más realizadas mundialmente, si bien no está exenta de complicaciones. Su aumento exponencial ha derivado en un incremento en la tasa de cirugía revisional, donde el bypass gástrico suele ser la opción más empleada. El bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA) ha sido validado por la Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad y los Trastornos Metabólicos (IFSO) como técnica bariátrica primaria, y su uso como cirugía revisional está siendo

evaluado recientemente. Presentamos dos casos de pacientes intervenidos de gastrectomía vertical en nuestro centro que requieren cirugía de revisión con realización de BAGUA, con resultados postoperatorios favorables.

Palabras clave:

- BAGUA
- Reganancia ponderal
- Cirugía revisional
- Gastrectomia vertical

Is One Anastomosis Gastric Bypass (OAGB) a good option as revision surgery in weight regain after sleeve gastrectomy?

Abstract

Sleeve gastrectomy is one of the most common bariatric techniques performed worldwide, although it is not exempt from complications. It has led to an increase in the rate of revisional surgery, where gastric bypass is usually the most common option. One Anastomosis Gastric Bypass (OAGB) has been validated by the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) as a primary bariatric procedure, and its use as revisional surgery is recently being evaluated. We present two cases

of patients who underwent sleeve gastrectomy requiring revisional surgery with OAGB, with favorable postoperative results.

Keywords:

- OAGB
- Weight regain
- Regional surgery
- Sleeve gastrectomy

Introducción:

El aumento exponencial de la obesidad ha conllevado un aumento en el número de cirugías bariátricas realizadas mundialmente. La gastrectomía vertical es hoy día, uno de los procedimientos quirúrgicos bariátricos más realizados, por su facilidad técnica, buenos resultados y perfil de seguridad; sin embargo, las tasas de reganancia ponderal y enfermedad

por reflujo gastroesofágico (ERGE) de novo postoperatorio son considerables [1]. Esto ha derivado en el aumento del número de cirugías de revisión realizadas, que llega hasta un 20% en diferentes series, siendo el bypass gástrico la opción estándar más empleada, sobretodo en aquellos casos en los que los pacientes presentan ERGE de novo postoperatorio asociado [2]. No obstante, el bypass gástrico ha demostrado

una pérdida de peso menor con una tasa mayor de complicaciones cuando se usa como cirugía de revisión frente a su uso como cirugía primaria (tasa de complicaciones total entre 4,5-11,4%). Recientemente, se está planteando el papel de bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA) como cirugía revisional tras la gastrectomía vertical, planteándose como una alternativa viable dada su simplicidad técnica, reversibilidad y tiempo operatorio más corto. Presentamos dos casos de cirugía revisional de gastrectomía vertical a BAGUA en pacientes de nuestro centro, que presentaban reflujo gastroesofágico de novo y reganancia ponderal.

Material y método:

Se han recogido las intervenciones de obesidad mórbida realizadas en nuestro centro, desde Marzo de 2012 a Enero 2022, obteniéndose un total de 430 intervenciones, de las cuales se realizaron 396 gastrectomía verticales. En el seguimiento de estos pacientes a los 5 años de la intervención, se encontraron 18 pacientes con reflujo gastroesofágico, de los cuales dos de ellos (un hombre y una mujer) presentaban reganancia ponderal.

El primer paciente era una mujer de 50 años intervenida de gastrectomía vertical hacía 5 años, con un índice de masa corporal (IMC) inicial de 51,2 kg/m². El peso antes de la cirugía revisional fue de 115 kg, con un IMC de 49,5 kg/m².

El segundo paciente se trata de un varón de 43 años intervenido de gastrectomía vertical hacía 4 años, con un IMC inicial de 57,1 kg/m². El peso previo a la cirugía revisional fue de 140kg, con un IMC de 52,2 kg/m².

A ambos pacientes se les realizó una pHmetría positiva para ERGE, y una endoscopia digestiva alta que mostraba esofagitis grado A de los Ángeles (lesiones de la mucosa menores o iguales a 5mm de longitud que no se extienden entre la parte superior de dos pliegues de la mucosa).

Resultados:

Ambos pacientes fueron presentados en comité multidisciplinar de cirugía bariátrica y obesidad, y tras firmar el consentimiento informado, se les realizó bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA) como cirugía revisional. El asa biliar se determinó a 2 metros de ángulo de Treitz y el reservorio gástrico que se conformó de la manga gástrica

previa fue de unos 7 cm de longitud (uno de los pacientes precisó recalibración y fundectomía por ensanchamiento de la manga gástrica). La anastomosis se realizó mecánica con endograpadora Echelon FlexTM carga dorada (altura de grapa abierta 3.8mm y cerrada 1.8mm) y el cierre de la gastroenteroanastomosis se realizó con sutura barbada V-locTM. (Figura n^o1)

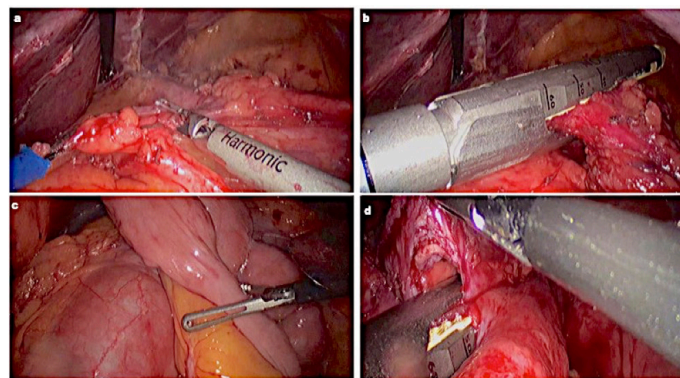


Figura n^o1: a) Liberación de sleeve gástrico y creación de tunnel retrogástrico. b) Sección de estómago para creación de reservorio. c) Contaje de 2m de asas de intestino. d) Creación de anastomosis gastroeyunal mecánica.

El postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones, iniciando los pacientes tolerancia oral a las 6 horas de la cirugía. Al mes de la cirugía, los pacientes permanecieron asintomáticos, con una adecuada pérdida ponderal (10kg el paciente 1 y 12kg el paciente 2). En el seguimiento al año, se mantenían sin clínica de reflujo y con una adecuada pérdida ponderal (de 29kg el paciente 1 y 28,5kg el paciente 2); solo presentaban episodios de diarrea ocasional con alimentos ricos en grasas. Ambos pacientes completaron la escala de satisfacción BAROS sobre el proceso quirúrgico de 5 (muy bueno).

Discusión:

En nuestro estudio presentamos 18 pacientes intervenidos inicialmente de gastrectomía vertical, de los cuales solo 2 presentaban reganancia ponderal y clínica de reflujo gastroesofágico asociado. Nuestras cifras de cirugía revisional (9,04%) quedaron así por debajo de lo recogido en la literatura publicada [2].

En 2020, la Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad y los Trastornos Metabólicos (IFSO),

reconoció el BAGUA como técnica bariátrica primaria, alegando resultados prometedores en cuanto al corto tiempo operatorio, la baja tasa de complicaciones perioperatorias, la buena pérdida de peso y resolución de comorbilidades. Además, reportan que el reflujo biliar no parece ser un problema para los pacientes intervenidos de BAGUA, sin evidenciarse un aumento en la literatura sobre incremento en el cáncer esofágico o gástrico. No obstante, no se posicionaban respecto a las ventajas como técnica revisional: sobre la pérdida de peso cuando se usa el BAGUA como cirugía revisional, no había suficientes ensayos clínicos aleatorizados que avalaran su uso. La ratio de complicaciones tempranas cuando se usaba el BAGUA como cirugía primaria (entre las cuales se incluyen la fístula anastomótica, infección de herida, hematoma/hemorragia, estenosis anastomótica y perforación/peritonitis), se estableció de un 4,91%, mientras que si se usaba como cirugía de revisión esta incidencia se alzaba a un 7,9%. Las complicaciones tardías, entre las que se incluyen las úlceras marginales, la obstrucción intestinal, la malnutrición y el reflujo gastroesofágico, sí que parecían tener menor incidencia al usar el BAGUA como procedimiento revisional (5,58%) frente a cirugía primaria (6,30%) [3].

Estudios más recientes como el realizado por Rheinwalt y Schipper en Colonia (Alemania) en 2021 recogen 123 pacientes sometidos a revisión tras gastrectomía vertical, de los cuales se realizaron 68 bypass gástricos y 55 BAGUA. Reportaron pérdidas de peso similares a los 12 y 24 meses: 16-18% con el bypass gástrico y 18-23% con el BAGUA. Ambas técnicas quirúrgicas tuvieron similares tasas de remisión de comorbilidades, si bien se reporta menor tiempo operatorio con el BAGUA [4].

En 2020, en el estudio publicado por Poublon y Chidi en Países Bajos, se recogieron 491 pacientes que precisaron de cirugía revisional, realizándose 185 BAGUA y 306 bypass gástricos. La pérdida de peso total fue de un 21% para el bypass gástrico y de un 24% para el BAGUA a los 12 meses. A los 24 meses reportaron una pérdida del 20% con el bypass y del 23% con el BAGUA. En su estudio, describieron menos complicaciones postoperatorias tras BAGUA (1.1% vs 4.9%), a pesar de unas tasas de reintervenciones por reflujo biliar tras BAGUA del 5.4% [5].

El estudio multicéntrico realizado por Rayman, Assaf et al., en 2021, recoge 263 cirugías revisionales tras gastrectomía vertical durante un periodo de siete años. En este estudio

144 pacientes se convirtieron a BAGUA y 119 pacientes a bypass gástrico, mostrando la tendencia reciente de realizar más esta técnica. Se recoge una pérdida de peso total del 16% para pacientes intervenidos de bypass, y un 23% para aquellos con BAGUA con una mediana de 29 meses de seguimiento. No obstante, si reportaron mayor incidencia de reflujo en el BAGUA vs el bypass gástrico (17,4% vs 7,6%) [6]. Otros estudios revisados como el de Lee et al., reportan una pérdida de peso similar al comparar estas dos técnicas [7].

Sobre la conversión tras gastrectomía vertical a BAGUA o a Single Anastomosis Duodeno-ileostomy (SADI-S), se han publicado estudios como el de Bashah en 2020, donde reportan que ambas técnicas tienen similares resultados en cuanto a la pérdida de peso y resolución de comorbilidades, sin embargo, el SADI-S se asociaba con menores complicaciones del tracto gastrointestinal superior, pudiendo ser una opción para pacientes con reflujo. No obstante, más estudios son necesarios para confirmar resultados [8].

La seguridad en la cirugía revisional es un tema desafiante en cirugía bariátrica, siendo una parte fundamental de la misma. La tasa de complicaciones en la cirugía revisionales aumenta respecto a la cirugía primaria, de ahí que la elección de la mejor técnica sea fundamental para permitir una mejoría en la pérdida de peso, una resolución de las comorbilidades con la menor tasa de eventos adversos posibles [9]. En nuestros dos casos, los pacientes evolucionaron de forma correcta con una pérdida de peso significativa y regresión de la sintomatología asociada al reflujo. No obstante, más casos son necesarios con un seguimiento a largo plazo para poder corroborar nuestros resultados.

Conclusiones:

La reganancia ponderal y la ERGE son dos problemas frecuentes a largo plazo tras la GV. Tras el reconocimiento de la IFSO en 2020 del BAGUA como técnica bariátrica primaria, nos planteamos la posibilidad de emplear dicha técnica en cirugía revisional en el caso de pacientes que tienen reganancia ponderal y ERGE por sus características, ya que tiene un componente malabsortivo y metabólico que favorece la pérdida ponderal y además corrige la ERGE. Si bien los resultados de los pacientes que hemos intervenido son satisfactorios, se necesita realizar seguimiento a más largo plazo para confirmarlos.

Bibliografía:

1. Pacheco García JM, Mayo Ossorio MÁ, Bengoechea Trujillo A, Fornell Ariza M, Vilchez López FJ, Aguilar Diosdado M. Gastrectomía vertical: la técnica quirúrgica bariátrica más utilizada en la actualidad. *Cir Andal*. 2019;30(4):455-64.
2. Andalib A, Alamri H, Almuhanna Y, Bouchard P, Demyttenaere S, Court O. Short-term outcomes of revisional surgery after sleeve gastrectomy: a comparative analysis of re-sleeve, Roux-en-Y gastric bypass, duodenal switch (Roux-en-Y and single-anastomosis). *Surg Endosc [Internet]*. 2021;35(8):4644-52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-020-07891-z>
3. De Luca M, Piatto G, Merola G, Himpens J, Chevallier J-M, Carbajo M-A, et al. IFSO update position statement on one anastomosis gastric bypass (OAGB). *Obes Surg [Internet]*. 2021;31(7):3251-78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-021-05413-x>
4. Rheinwalt KP, Schipper S, Plamper A, Alizai PH, Trebicka J, Brol MJ, et al. Roux-en-Y versus one anastomosis gastric bypass as redo-operations following sleeve gastrectomy: A retrospective study. *World J Surg [Internet]*. 2022;46(4):855-64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-021-06424-6>
5. Poublon N, Chidi I, Bethlehem M, Kuipers E, Gadiot R, Emous M, et al. Correction to: One anastomosis gastric bypass vs. Roux-en-Y gastric bypass, remedy for insufficient weight loss and weight regain after failed restrictive bariatric surgery. *Obes Surg [Internet]*. 2020;30(9):3295. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-020-04651-9>
6. Rayman S, Assaf D, Azran C, Sroka G, Assalia A, Beglaibter N, et al. Sleeve gastrectomy failure-revision to laparoscopic one-anastomosis gastric bypass or Roux-n-Y gastric bypass: A multicenter study. *Obes Surg [Internet]*. 2021;31(7):2927-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-021-05334-9>
7. Bashah M, Aleter A, Baazaoui J, El-Menyar A, Torres A, Salama A. Single anastomosis duodeno-ileostomy (SADI-S) versus one anastomosis gastric bypass (OAGB-MGB) as revisional procedures for patients with weight recidivism after sleeve gastrectomy: A comparative analysis of efficacy and outcomes. *Obes Surg [Internet]*. 2020;30(12):4715-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-020-04933-2>
8. Lee W-J, Yu P-J, Wang W, Chen T-C, Wei P-L, Huang M-T. Laparoscopic Roux-en-Y versus mini-gastric bypass for the

treatment of morbid obesity: a prospective randomized controlled clinical trial. Ann Surg [Internet]. 2005;242(1):20-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000167762.46568.98>

9. Buchwald H. Revisional metabolic/bariatric surgery: a moral obligation. *Obes Surg [Internet]*. 2015;25(3):547-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-014-1458-9>.

©2022 seco-seedo. Publicado por bmi-journal.
Todos los derechos reservados.

