

Cirugía de revisión tras gastrectomía vertical laparoscópica: Experiencia de 11 años en nuestro centro

Gema Giner, Jose Antonio Bravo, Juan Pérez, Ana Tomás, Beatriz Remezal, Pilar Serrano

E-mail: gemaginer@icloud.com

DOI: <https://www.doi.org/10.53435/funj.00936>

Recepción: 03-Agosto-2023

Aceptación: Octubre-2023

Publicación online: Nº Diciembre 2023

Resumen

La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es una técnica bariátrica que ha conseguido resultados satisfactorios en pérdida de peso y resolución de comorbilidades asociadas a la obesidad. Las principales indicaciones de cirugía revisional tras GVL son un inadecuado resultado ponderal y la aparición de complicaciones; destacando la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la estenosis y la fístula crónica. Presentamos 3 casos intervenidos de GVL durante el periodo 2011 a 2022 que precisaron cirugía de conversión (CC) a bypass gastroyeyunal laparoscópico (BGL). Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de 221 pacientes intervenidos de GVL entre 2011 y 2022. El motivo de la CC fue en 33% de los casos por fallo ponderal, vómitos y fallo

ponderal (33%) y ERGE 33%. La obtención de resultados desfavorables se ha asociado a diversas causas y la técnica quirúrgica inadecuada es una de ellas. Previo a cualquier cirugía revisional, es imprescindible una reevaluación multidisciplinar adecuada que determine la causa así como un estudio individualizado con las distintas pruebas complementarias adecuadas.

Palabras clave:

- Gastrectomía vertical laparoscópica
- Bypass gastroyeyunal
- Revisión
- Conversión

Revision surgery after laparoscopic sleeve gastrectomy: 11-year experience in our center

Abstract

Laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) is a bariatric technique that has achieved satisfactory results in weight loss and resolution of comorbidities associated with obesity. The main indications for revision surgery after LSG are an inadequate weight result and the appearance of complications; highlighting gastroesophageal reflux disease (GERD), stenosis and chronic fistula. We present 3 cases operated on of LSG during the period 2011 to 2022 that required conversion surgery (CC) to laparoscopic gastrojejunal bypass (LGB). A retrospective descriptive analysis of 221 patients operated on of LSG between 2011 and 2022 is performed. The reason for CC was in 33% of the cases due to weight loss, vomiting and weight loss

(33%) and GERD 33%. Obtaining unfavorable results has been associated with various causes, an inadequate surgical technique is one of them. Prior to any revision surgery, an adequate multidisciplinary reassessment is essential to determine the cause as well as an individualized study with the different appropriate complementary tests.

Keywords:

- Laparoscopic sleeve gastrectomy
- Gastrojejunal bypass
- Revision
- Conversion

Introducción

La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es actualmente el procedimiento bariátrico más extendido en todo el mundo debido a sus ventajas; incluida la baja tasa de complicaciones, la duración de la intervención, la ausencia de material protésico, la ausencia de anastomosis gastrointestinal o malabsorción asociada y la viabilidad de su conversión a otras técnicas bariátricas ^(1,2). Pese a todas sus características favorables existe un aumento creciente de argumentos en la literatura que muestran resultados a largo plazo menos favorables relacionados con complicaciones y con resultados ponderales inadecuados ⁽²⁾.

Por lo tanto, las principales indicaciones de cirugía revisional tras GVL son un inadecuado resultado ponderal y la aparición de complicaciones; destacando la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la estenosis y la fístula crónica ^(1,2). Presentamos 3 casos intervenidos de GVL durante el periodo 2011 a 2022 que precisaron cirugía de conversión (CC) a bypass gastroyeyunal laparoscópico (BGL).

Material y Métodos

Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de 221 pacientes intervenidos de GVL entre 2011 y 2023. Se excluyeron cinco pacientes por pérdida de seguimiento.

Finalmente tres casos precisaron cirugía de conversión a BGL, cumplieron los criterios y fueron analizados. Se definió como resultado insatisfactorio pérdida de peso insuficiente y la aparición de complicaciones tras GVL (estenosis/fístula/ERGE). Se analizaron las siguientes variables: sexo (hombre/mujer), edad <30 / 30 - 50 / > 50(años), comorbilidades (DM/ HTA/ SAOS/ SOP), IMC pre y postquirúrgico en <35/ 35 - 45/ >45 (kg/m²), estancia media (días) y sintomatología tras BGL.

Resultados

El total de pacientes analizados tras GVL fueron 216 y solo el 1,39 % (n=3) precisaron cirugía de conversión. Un 67% (n=2) de los pacientes fueron mujeres, con una edad en la primera cirugía de 24, 44, 54 años y en la segunda el 67% > 50 años. Fue registrada una estancia media de 12 días y en la segunda intervención de 4 días. Dichos pacientes presentaron un IMC prequirúrgico medio para la GVL y BGY respectivamente de 41,9 kg/m² y 35,1 kg/m². Tras la conversión con un periodo de seguimiento entre 5 meses - 2 años el IMC medio fue de 30,1 kg/m². Se identificaron la HTA (33%), DM (33%), SAOS (33%), SOP (33%) como comorbilidad asociada tras la GVL. El motivo de la CC fue en 67% de los casos por fallo ponderal, vómitos y fallo ponderal (33%) y ERGE en 33%.

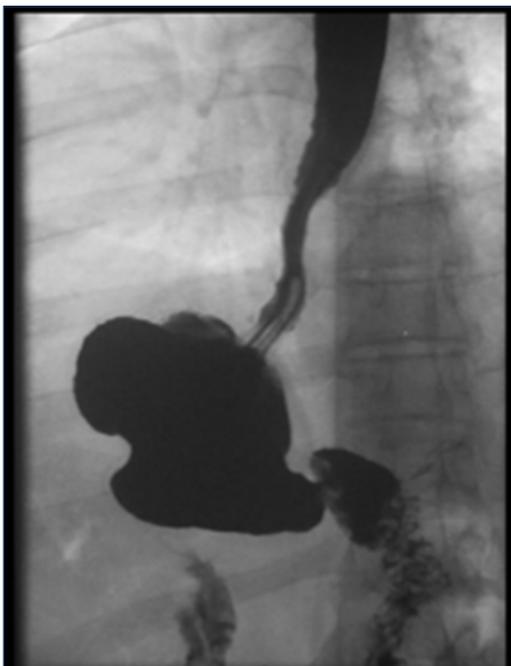


Figura 1 y 2. Tránsito baritado: dilatación gástrica y TC abdominal: hernia de hiato por deslizamiento

En cuanto a los tres casos sometidos a cirugía de conversión, la primera se trataba de una paciente mujer, diabética intervenida de GVL a los 44 años con un IMC 41 kg/m² y una estancia media de 30 días por una fuga en el post operatorio inmediato. A los 3 años presentó un IMC 33 kg/m² sin DM, no obstante, tras 8 años su IMC aumentó a 35,5 kg/m² con DM de nuevo (Figura 1). Fue intervenida de BGY y a los 5 meses se encuentra con un IMC 33 kg/m².

En segundo lugar, se intervino un paciente varón con un IMC 41 kg/m² y tras 11 años de seguimiento presentó un IMC 27 kg/m², ERGE con esofagitis grado D de los Ángeles y hernia de hiato (Figura 2). Se le realizó un BGY y cierre de pilares primario y actualmente tras 1 año de la cirugía de conversión se encuentra con un IMC 25 kg/m² y asintomático.

Por último, se realizó una GVL a una paciente mujer de 24 años con un IMC 42,7 kg/m² que tras 5 años de seguimiento mantuvo un IMC 42.3 kg/m² y asoció clínica de vómitos de repetición con endoscopia digestiva alta sin alteraciones. Se realizó un BGY y tras 2 años de la cirugía de conversión se encuentra asintomática y con un IMC 32.3 kg/m².

Discusión

Existen diferentes descripciones del aforismo «fallo ponderal» después de la cirugía bariátrica: incremento de 10 kg respecto al peso inicial, incremento de más de un 25 % del PEPP (porcentaje de exceso de peso perdido); aumento de 5 puntos de IMC respecto al IMC inicial, cualquier aumento de peso después de la remisión de la diabetes mellitus tipo 2, sobrepasar un IMC de 35 kg/m²; todas ellas pueden resultar ambiguas o arbitrarias ⁽¹⁾.

La obtención de resultados desfavorables tras GVL se ha asociado a diversas causas y la técnica quirúrgica inadecuada es una de ellas; la resección incompleta del fundus gástrico en uno de nuestros casos explicaría el fallo ponderal y los vómitos ^(1,3). Además, existen otras causas a las que se le atribuyen los fallos en las GV: cambios en los hábitos dietéticos, pérdida de restricción por dilatación gástrica, IMC >50 kg/m², la edad >50 años, la presencia de las principales comorbilidades como la DM o la HTA y la toma activa de antiagregantes ^(1,3). Los aspectos técnicos de la GV que se asocian a un peor resultado ponderal son el inicio de la sección >4 cm del píloro y el uso de sondas tutoras de >40 F, aunque también son los factores que disminuyen la incidencia de fístulas en el postoperatorio ^(1,3).

Otra causa de resultado desfavorable es la presencia de hernia de hiato subclínica previa a la realización de GVL, de manera que tras dicha técnica el paciente puede desarrollar ERGE. Uno de nuestros pacientes desarrolló enfermedad por reflujo asociada a hernia de hiato después de la GVL, no diagnosticada ni pre- ni durante la GVL ⁽²⁾.

Un metaanálisis actual que compara la eficacia del SADI/CD (single anastomosis duodeno-ileal bypass with sleeve gastrectomy / cruce duodenal) con el BPGY como procedimientos revisionales tras GV, describe un perfil de seguridad del procedimiento similar, pero un elevado porcentaje de peso total perdido (porcentaje TWL) a favor del grupo SADI/CD ^(1,4,5). El mayor predictor de necesidad de cirugía revisional tras GV es presentar un IMC inicial >50 kg/m², y es en este rango de peso donde el procedimiento revisional CD/SADI-S obtiene mejores resultados ^(1,4,5).

En base a un metaanálisis reciente con un seguimiento de entre 3 y 5 años, la incidencia de cirugía revisional se sitúa alrededor del 7,4 %, con un incremento de hasta el 22,6 % con seguimientos más allá de los 10 años, este hecho hace pensar si la indicación de GV debe restringirse en un futuro, tal y como ha sucedido con la banda gástrica ⁽¹⁾.

Este estudio se ha visto limitado en cuanto al seguimiento de los casos ya que muchos de los pacientes intervenidos de gastrectomía vertical todavía no han superado 5 años de seguimiento. Además, los pacientes intervenidos de cirugía de conversión están en seguimiento desde 5 meses hasta 2 años por lo que más adelante podremos concluir con mayor margen resultados más precisos.

Conclusiones

Previo a cualquier cirugía revisional, es imprescindible una reevaluación multidisciplinar adecuada que determine la causa así como un estudio individualizado con las distintas pruebas complementarias adecuadas. La elección de la técnica vendrá determinada por cuáles son los síntomas o las causas principales que han motivado la necesidad de revisión.

Bibliografía

1. Frutos M^a D, López A, Sabench F, Vives M. Cirugía bariátrica de revisión. N 13. Madrid. Serie: Monografías de la AEC, 2022. (p9 – 22)

2. Tian P, Fu J, Liu Y, Bian S, Li M, Zhang M, Liu J, Jin L, Zhang Z, Zhang P. Current status of gastroesophageal reflux disease after sleeve gastrectomy: still a long way to go. *Biosci Trends [Internet]*. 2021 [consultado el 19 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.5582/bst.2021.01288>
3. Lee PC, Dixon JB, Sim PY, Lim CH. Treatment Options for Poor Responders to Bariatric Surgery. *Curr Obes Rep [Internet]*. 24 de mayo de 2020 [consultado el 21 de agosto de 2023];9(3):364-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00381-2>
4. Lee Y, Ellenbogen Y, Doumouras AG, Gmora S, Anvari M, Hong D. Single- or double-anastomosis duodenal switch versus Roux-en-Y gastric bypass as a revisional procedure for sleeve gastrectomy: A systematic review and meta-analysis. *Surg Obes Relat Dis [Internet]*. Abril de 2019 [consultado el 21 de agosto de 2023];15(4):556-66. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.01.022>
5. Mahawar KK, Nimeri A, Adamo M, Borg CM, Singhal R, Khan O, Small PK. Practices Concerning Revisional Bariatric Surgery: a Survey of 460 Surgeons. *Obes Surg [Internet]*. 3 de abril de 2018 [consultado el 21 de agosto de 2023];28(9):2650-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3226-8>
6. Guan B, Chong TH, Peng J, Chen Y, Wang C, Yang J. Mid-long-term Revisional Surgery After Sleeve Gastrectomy: a Systematic Review and Meta-analysis. *Obes Surg [Internet]*. 22 de marzo de 2019 [consultado el 21 de agosto de 2023];29(6):1965-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03842-3>

©2023 seco-seedo. Publicado por bmi-journal.
Todos los derechos reservados.

