

no aportar mayores beneficios, está sujeta a grandes variaciones, especialmente si se realiza por vía laparoscópica? El canal común realizado a 50 cm no creemos que deba ser alargado, pues ya hacia los 100 cm puede originar una mayor incidencia de diarreas debido a la presencia en la luz intestinal de una mayor carga de ácidos grasos libres y una posible reganancia de peso una vez establecido el mecanismo de adaptación intestinal. En cuanto al reservorio gástrico, no creemos que sea necesario diseñarlo de acuerdo con los hábitos alimentarios y peso inicial del paciente, y seguimos siendo partidarios de que comprenda tan sólo el *fundus* (sección subcardial), pues ello suprime prácticamente la posible aparición de úlcus de boca anastomótica en ausencia de tratamiento permanente con anti-H<sub>2</sub>, es magníficamente tolerado, permite la ingesta de un volumen muy satisfactorio en cuanto a cantidad y calidad de los alimentos y, aunque su función es fundamental inicialmente para obtener la pérdida de peso, en el 50% de los operados mantiene a largo plazo un claro efecto saciante, que contribuye al éxito de la intervención.

Por lo que respecta a las complicaciones inmediatas y las secuelas tardías, la derivación biliopancreática no difiere de las observadas con otras técnicas complejas al uso, especialmente el *bypass* gástrico que, con los patrones actuales de realización, presenta los grandes defectos ya conocidos de las técnicas restrictivas puras y añade problemas metabólicos tanto o más graves que los de la derivación biliopancreática, especialmente en su forma más efectiva de *bypass* distal. Es más, algunas derivadas de la realización de anastomosis laterolaterales, como el síndrome de asa ciega por muñón redundante, especialmente cuando las anastomosis se realizan mecánicamente, son excepcionales. En nuestra experiencia, la aparición de fístulas gastroyeyunales, estenosis de bocas anastomóticas o dehiscencias del muñón duodenal ha sido nula, quizá porque todas las anastomosis se han realizado manualmente y con peritonización de la zona de sección. A largo plazo, los vómitos y/o la intolerancia alimentaria, la diarrea (mayor en un 3% de los casos) o los déficit nutricionales específicos (malnutrición, ferropenia-anemia, déficit de oligoelementos o hipovitaminosis) pueden ser ocasionales y, con un seguimiento adecuado, fácilmente prevenibles. De todos modos, deben ser vigiladas las posibles alteraciones del hierro y vitamina D<sup>4</sup>, si bien es cierto que por encima de los 5 años y con una alimentación equilibrada las repercusiones son mínimas<sup>5</sup>.

Sin duda, la derivación biliopancreática es la técnica menos dependiente de la dieta para poder mantener el peso perdido, condicionante poderoso si tenemos en cuenta que la mayoría de los pacientes no corrigen sus hábitos alimentarios. Sin embargo, las razones expuestas por Scopinaro<sup>6</sup> sobre la existencia de un dintel máximo de absorción de energía que no es rebasado tras la intervención no parecen claras. Si, como muy bien señalan los autores, el paciente comprende que debe moderar el consumo de hidratos de carbono de absorción rápida, y en alguna medida el de almidón, cuya absorción es a la larga parcialmente compensada por el colon, el mantenimiento del peso a los 10 años y la curación o mejoría de las comorbilidades están asegurados con una dieta prác-

## Comentario

Álvaro Larrad y C. Sánchez-Cabezudo

Unidad de Cirugía Endocrinometabólica. Clínica Ruber. Madrid. España.

De acuerdo con los datos aportados por Domínguez-Díez et al en su artículo sobre derivación biliopancreática, puede afirmarse que este modelo de intervención es el mejor para el tratamiento de la obesidad mórbida. La técnica más realizada es la comunicada por los autores, que sigue las directrices marcadas por Scopinaro en cuanto a tamaño del remanente gástrico y longitudes de los canales. De todos modos, es llamativa la tendencia a alargar el canal alimentario para reducir el número de hipoproteinemias, lo que confirma la idea que permanentemente hemos mantenido y demostrado<sup>1,2</sup>, máxime si ello no influye seriamente en el resultado ponderal<sup>2,3</sup>. Si con canales alimentarios por encima de los 300 cm la incidencia de hipoproteinemias es prácticamente nula y tan sólo relacionada con graves alteraciones psiquiátricas de la alimentación, como la anorexia nerviosa, ¿por qué no mantener la casi totalidad del intestino delgado y evitar una medición que, además de

Correspondencia: Dr. A. Larrad Jiménez.  
Rafael Bergamín, 12 ático C esc. izquierda.  
28043 Madrid. España.  
Correo electrónico: larrad@inicia.es

ticamente libre en, al menos, el 70% de los casos<sup>7</sup>.

La realización de la derivación biliopancreática por vía laparoscópica<sup>8,9</sup> abre un esperanzador futuro para que aumente su aceptación, especialmente porque es la única intervención laparoscópica totalmente estandarizada (a diferencia, por el momento, del *bypass* gástrico) y reproducible respecto a la técnica convencional, con unos tiempos quirúrgicos y unos porcentajes iniciales de morbilidad perfectamente asumibles en equipos muy expertos en cirugía de la obesidad.

Por todo ello, si disponemos de una técnica que cumpla muy satisfactoriamente los criterios de Fobi y Baltasar, en cuanto a seguridad y objetivos<sup>10</sup>; que con mínimas limitaciones desde el punto de vista nutricional es la mejor tolerada por los pacientes; cuyos resultados son escasamente dependientes del tipo de nutrición realizada; con beneficios, especialmente en lo que se refiere a metabolismo lipídico, que superan de forma permanente a los obtenidos con otras técnicas<sup>11</sup>; que si se realiza con asa alimentaria larga (mínimo 300 cm) y canal común de 50 cm prácticamente tiene un número de reconversiones por desnutrición proteínica que se aproxima a cero, y que practicada por vía laparoscópica es la más estandarizada, sin pretender definirla como la técnica ideal (que por otra parte es muy difícil que pueda establecerse), ¿por qué no aceptar que la derivación biliopancreática se trata del verdadero patrón oro de la cirugía bariátrica?

Sólo el tiempo lo demostrará y dirá la última palabra.

pacientes intervenidos mediante derivación biliopancreática de Larrad. Cir Esp 2003;73:161-5.

## Bibliografía

1. Moreno Esteban B. Tratamiento quirúrgico de la obesidad. Cirugía de la obesidad mórbida y extrema, 2003;4:3-5. Disponible en: [www.seedo.es](http://www.seedo.es)
2. Sánchez-Cabezudo Díaz-Guerra C, Larrad Jiménez A. Analysis of weight loss with biliopancreatic diversion of Larrad: Absolute failures or relative successes. *Obes Surg* 2002;12:249-52.
3. Sánchez Cabezudo C, Larrad Jiménez A, Ramos García I, Moreno Esteban B. Resultados a 5 años de la derivación biliopancreática de Larrad en el tratamiento de la obesidad mórbida. *Cir Esp* 2001;70:133-41.
4. Larrad A, Quadros P, Ramos I, Moreno B. Modificaciones de 25-OH-vitamina D<sub>3</sub> y 1,25-OH-vitamina D<sub>3</sub> en los primeros 24 meses de la derivación biliopancreática de Larrad. *Cir Esp* 2001;70(Supl 1):18.
5. Larrad A, De la Fuente F, Sánchez C, Breton I, Moreno B. Modificaciones pre y postoperatorias de las concentraciones plasmáticas de la PTH en la derivación biliopancreática de Larrad. *Cir Esp* 2002;72:186-91.
6. Scopinaro N, Adami JF, Marinari GM, Gianetta E, Traverso E, Friedaman D, et al. Biliopancreatic diversion. *World J Surg* 1998;22:936-46.
7. Larrad A, Sánchez-Cabezudo C, De la Fuente F, Quadros P, Bretón I, Moreno B. 10-year results of biliopancreatic diversion of Larrad in treatment of morbid obesity [abstract]. *Obes Surg* 2003;13:533.
8. Solano Murillo J, Resa J, Blas J, Monzón A, García A, Faltas J. Derivación biliopancreática (BPD) laparoscópica para el tratamiento de la obesidad mórbida. Resultados preliminares. *Cir Esp* 2002;72(Supl 2):56-7.
9. Solano Murillo J, Resa J, Blas J. Derivación biliopancreática sin gastrectomía por vía laparoscópica para el tratamiento de la obesidad mórbida. *Cir Esp* 2002;72(Supl 2):171-2.
10. Larrad Jiménez A, Sánchez-Cabezudo C. Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo. *Cir Esp*. 2004;75:301-4.
11. Larrad Jiménez A, Sánchez-Cabezudo C, Quadros Borrajo PP, Ramos García I, Moreno Esteban B. Evolución de la dislipemia en