

Comentario

Ismael Díez del Val y Cándido Martínez-Blázquez

Servicio de Cirugía General. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.

La cirugía de reconversión o revisión representa uno de los principales desafíos en la práctica cotidiana de la cirugía bariátrica en nuestro medio. El incremento paralelo tanto de la prevalencia de la obesidad como de los equipos quirúrgicos dedicados a esta disciplina, es decir, de la oferta y la demanda, generará fracasos y complicaciones que serán a menudo susceptibles de corrección quirúrgica.

La cirugía restrictiva es considerada, en general, como más fisiológica, al no alterar sustancialmente el tránsito intestinal, y más segura, por la menor morbimortalidad perioperatoria. Sin embargo, sus resultados de efectividad son peores, con una pérdida del sobrepeso en torno al 50% a largo plazo, por la aparición de fístulas reservorio-gástricas, boicot del mecanismo restrictivo mediante la ingesta de productos hipercalóricos o mala selección del paciente, como sucede en los enfermos superobesos. Por otro lado, el reflujo gastroesofágico grave, la presencia de vómitos frecuentes o la importante limitación en la ingesta repercuten sobre la calidad de vida y pue-

den ser causas de reconversión en un momento dado.

En la práctica, los fracasos de la gastroplastia vertical anillada (GVA) o de las bandas gástricas ajustables representan el grueso de la cirugía de reconversión, por las limitaciones de la técnica, en primer lugar, pero por supuesto porque se trata del tipo de intervención predominante hasta bien entrados los años noventa. Y debemos señalar varios factores al respecto: en primer lugar, que las indicaciones de la cirugía restrictiva deben limitarse al máximo hoy día, por no decir que están siendo ampliamente superadas por las técnicas mixtas. En segundo lugar, que a menudo la indicación de conversión no se debe a una necesidad absoluta, sino al hecho de que existe otra afección quirúrgica concomitante, como la reparación de una eventración o una colelitiasis sintomática, que debe hacernos plantear la posibilidad de añadir una técnica que mejore simultáneamente la pérdida de peso y la calidad de vida. Además, recordemos que gestos simples como retirar la banda, una dilatación o un regrapado suelen estar abocados sistemáticamente al fracaso, con reaparición de la complicación o reganancia de peso, por lo que debe recurrirse a una intervención más compleja que ofrezca mayores garantías de solución duradera.

¿Cuál es la técnica ideal de reconversión frente a la cirugía restrictiva? Pues probablemente una que añada cierto grado de malabsorción, sin olvidar que la pérdida total de peso tras un *bypass* gástrico (BG) previo fracaso de GVA es inferior a la obtenida con el BG primario¹, por lo que, según nuestra experiencia, aconsejamos añadir “un grado más de malabsorción” que lo que le correspondería como técnica primaria.

La cirugía de reconversión se considera segura en manos expertas, aunque con mayor porcentaje de complicaciones. Fobi et al² publican un 1,3% de dehiscencias anastomóticas (9/705) en el BG primario y un 8,4% (20/239) en los secundarios, si bien de los 9 primarios 4 son quirúrgicos, con 2 muertes, y entre los 20 secundarios sólo 2 son quirúrgicos.

Como señala Brolin et al³, el BG clásico resulta “problemático” en superobesos, y es claramente insuficiente cuando el índice de masa corporal (IMC) supera los 60 kg/m², sin poder determinarse cuál es la técnica ideal con IMC entre 50 y 60 kg/m² (la mayor efectividad del *bypass* distal se obtendría a expensas de un mayor riesgo de complicaciones metabólicas). Dado que el BG representa en la actualidad alrededor del 60% de las intervenciones practicadas en países como Estados Unidos y España, y es una técnica de acción predominantemente restrictiva y en parte dependiente de un difícil cambio de hábitos por parte del paciente, es previsible que más pronto que tarde veamos fracasos que precisen reintervención, y la única evolución posible es hacia el alargamiento de la longitud malabsortiva.

Dentro del arsenal terapéutico disponible, las técnicas más complejas pertenecientes al grupo de las derivaciones biliopancreáticas son más efectivas respecto al objetivo de lograr una pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo. Como es lógico, las necesidades de reconversión serán más bien provocadas por exceso que por defecto, es decir, por consecuencias exageradas de la malabsorción, particularmente la malnutrición proteica o

Correspondencia: Dr. I. Díez del Val.

Servicio de Cirugía General. Hospital Txagorritxu. José Achótegui, s/n. 01009 Vitoria-Gasteiz. Álava. España. Correo electrónico: idiez@htxa.osakidetza.net

las diarreas incoercibles. En estos casos, será preciso alargar el asa común a expensas de la biliopancreática, tal como destaca Scopinaro⁴.

Para terminar, es preciso dedicar unas palabras a la cirugía de reconversión por laparoscopia. Sin duda, es factible y segura en manos expertas⁵, pero, si ya de por sí dicho abordaje está sujeto a una a veces tediosa curva de aprendizaje, convertir una cirugía abierta fallida en un procedimiento más complejo por laparoscopia puede ser un alarde quirúrgico sujeto a riesgos innecesarios. En todo caso, con experiencia, en casos favorables, en ausencia de eventración y manteniendo un umbral de conversión bajo, algunos pacientes pueden beneficiarse de las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

Bibliografía

1. Linner JH, Drew RL. Reoperative surgery – Indications, efficacy, and long-term follow-up. *Am J Clin Nutr* 1992;55:S606-10.
2. Fobi MAL, Lee H, Holness R, Cabinda DG. Gastric bypass operation for obesity. *World J Surg* 1998;22:925-35.
3. Brolin RE, LaMarca LB, Kenler HA, Cody RP. Malabsorptive gastric bypass in patients with superobesity. *J Gastrointest Surg* 2002;6:195-205.
4. Scopinaro N, Gianetta E, Adami GF, Friedman D, Traverso E, Marinari GM, et al. Biliopancreatic diversion for obesity at eighteen years. *Surgery* 1996;119:261-8.
5. Gagner M, Gentileschi P, De Csepe J, Kini S, Patterson E, Inabnet WB, et al. Laparoscopic reoperative bariatric surgery: experience from 27 consecutive patients. *Obes Surg* 2002;12:254-60.