

Editorial

SEQUENTIAL OR DEFINITIVE BARIATRIC SURGERY

CIRUGÍA BARIÁTRICA SECUENCIAL O DEFINITIVA

Corresponding Author:
Alberto Pagán-Pomar, MD.

Jefe de Sección de Cirugía Esofagogástrica y Obesidad del Hospital Universitario Son Espases
Experto en Cirugía Bariátrica y Metabólica por la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad
Máster de Obesidad y sus Comorbilidades: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Integral

Email: alberto.pagan@ssib.es

Telephone: +34-871205000

Received: 21 March 2020, Approved: 08 April 2020, Published: June 2020

La cirugía bariátrica en la obesidad mórbida es el mejor tratamiento, para mantener a largo plazo la pérdida de peso conseguida [1]. A pesar de ser el mejor tratamiento reconocido, un porcentaje de obesos reganan peso a largo plazo o no consiguen los objetivos propuestos. Para mejorar los resultados del tratamiento quirúrgico, es imprescindible asociar un seguimiento por un equipo multidisciplinar con endocrinólogos, nutricionistas y en el caso de que sea posible, con psicólogos [2].

Las técnicas restrictivas han tenido históricamente unos resultados limitados, sin embargo, actualmente estamos observando un aumento en el número de gastrectomías verticales que se realizan en el mundo [3]. Además de las técnicas restrictivas como la gastrectomía vertical, disponemos de las técnicas de puenteo intestinal, mixtas o malabsortivas como el bypass gástrico, el SADI-s o la derivación biliopancreática que, según su complejidad asocian un mayor número de complicaciones. Bypass gástrico o Sadi-s han sido utilizado como segundo tiempo de la gastrectomía vertical (tratamiento secuencial) cuando existe fracaso en la obtención de la pérdida de peso.

La introducción del concepto “fracaso terapéutico” para valorar los resultados de una técnica quirúrgica específica en la obesidad, se ha centrado en la mayor parte de ocasiones en la pérdida de peso obtenida expresada en % de sobrepeso perdido o % de IMC perdido [4]. Sin embargo las causas del fracaso terapéutico identificado como la reganancia de peso pueden ser debidas a múltiples factores, más allá de los derivados de una técnica quirúrgica concreta.

Debemos considerar que los cambios anatómicos y hormonales inducidos por una cirugía impactan, en los resultados de pérdida de peso, sobre todo en los primeros meses de su realización. Se pueden observar los mejores efectos durante los primeros seis meses de su realización. Los profesionales de la salud asociamos un seguimiento adecuado tras la intervención quirúrgica a la obtención de buenos resultados. Sin embargo, esta adherencia al seguimiento óptima, desde el punto de vista de los pacientes, esta sujeta a la consecución de los resultados que

espera. Los pacientes que obtienen buenas pérdidas de peso acuden a la visita de modo regular, sin embargo, cuando las expectativas del paciente no se ven cubiertas, existe una desmotivación que provoca la cancelación de visitas y una disminución del cumplimiento de las recomendaciones que contribuyen a los malos resultados y en el fracaso terapéutico. La presencia de trastornos de la conducta alimentaria, patrones dietéticos alterados (picoteo, ...) y un mayor IMC favorecen la reganancia de peso a medio y largo plazo. Es importante tener en cuenta estos factores de riesgo a la hora de indicar la técnica quirúrgica a fin de evitar el fracaso terapéutico [5].

Ante estos pacientes surge la siguiente pregunta: ¿tratamiento quirúrgico secuencial o definitivo, fiando el cambio de los hábitos a los tratamientos complementarios?

Podríamos realizar inicialmente una técnica exclusivamente restrictiva relacionada con la presencia de un menor número de complicaciones, y valorando la obtención de resultados en el adecuado seguimiento del paciente y, en caso de reganancia, realizar una cirugía de revisión con una cirugía complementaria o bien, optar por una cirugía de mayor complejidad como el bypass gástrico pero con menos opciones técnicas de rescate posteriores en caso de fracaso terapéutico.

Probablemente no existe una única respuesta a esta pregunta y deberá individualizarse cada tratamiento en función de los riesgos del paciente y la experiencia de los equipos quirúrgicos.

Bibliografía

1. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Endocr Pract.* 2013 Apr;19(2):337-72.
2. Orlando G, Gervasi R, Luppino IM, Vitale M, Amato B, Silecchia G, et al. The role of a multidisciplinary approach in the choice of the best surgery approach in a super-super-obesity case. *Int J Surg.* 2014;12 Suppl 1:S103-106.
3. English WJ, DeMaria EJ, Hutter MM, Kothari SN, Mattar SG, Brethauer SA, et al. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery 2018 estimate of metabolic and bariatric procedures performed in the United States. *Surg Obes Relat Dis.* 2020 Jan 3.
4. Rubio MA, Martínez C, Vidal O, Larrad A, Salas-Salvadó J, Pujol J, et al. Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Rev Esp Obes.* 2004 Jun;4:223-49.
5. Rubio MA. Implicaciones nutricionales de la cirugía bariátrica sobre el tracto gastrointestinal. *Nutr Hosp.*:11.