XXXI CURSO CIRUGÍA
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGÍA
28 y 29 enero de 2016
Valencia

# CIRUGÍA BARIÁTRICA: ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGÍA DE REVISIÓN

XXXI CURSO CIRUGÍA
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGÍA
28 y 29 enero de 2016

# CIRUGÍA DE REVISIÓN

## DEFINICION:

Cirugía que se realiza en pacientes sometidos a cirugía bariátrica pasado el postoperatorio inmediato y precoz por complicaciones de la técnica o fallo de la misma

## OBJETIVO DE LA MESA:

Situación actual de la cirugía de revisión bariátrica sobre todo en la Comunidad Valenciana

XXXI CURSO CIRUGÍA
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGÍA
28 y 29 enero de 2016
Valencia

# CIRUGÍA DE REVISIÓN

- MAYOR HETEROGENICIDAD QUE EN CIRUGÍA PRIMARIA
- MAYOR COMPLEJIDAD TÉCNICA
- MAYOR ÍNDICE DE COMPLICACIONES
- MAYOR TASA DE CONVERSIÓN A CIRUGÍA ABIERTA

**EQUIPO EXPERIMENTADO**

# CIRUGÍA DE REVISIÓN

- DIFERENTES OPCIONES Y OPINIONES: DISPARIDAD DE CRITERIOS
- POCOS CASOS EN GRUPOS ÚNICOS: NECESIDAD DE ESTUDIOS MULTICÉNTRICOS, SESGADOS POR LA HETEROGENICIDAD

↓

**DIFICULTAD PARA CONCLUSIONES**

ELSEVIER

Surgery for Obesity and Related Diseases 10 (2014) 952–972

Review article

# Systematic review on reoperative bariatric surgery *American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Revision Task Force*

**FIRST INTERNATIONAL CONSENSUS CONFERENCE ON REVISIONAL BARIATRIC/METABOLIC INTERVENTIONS (ICC-RBMI). JUNIO 2015, FRESNO COUNTY , CALIFORNIA**

Marin ... S.[b],

[a]*Bariatric and Metabolic Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio*
[b]*Department of Surgery, Gundersen Health System, La Crosse, Wisconsin*
[c]*Department of Sur... nter, Durham, North Carolina*
[d]*Vanderbil... Nashville, Tennessee*
[e]*Department of ... pital, Marquette, Michigan*
[f]*Advanc... Richmond, Virginia*
[g]*Department of Surgery, M... gery Associates, New York, New York*
[h]*Department of Su... spital, Boston, Massachusetts*
*...risti, Texas*
[j]*Department of Surgery, ... Medical Center, Orange, California*
*... Georgia*
[l]*Department of Surgery, Stanford University, Palo Alto, California*

Received January 30, 2014; accepted February 10, 2014

**Concepto de:**

- **CONVERSIÓN**
- **CORRECCIÓN**
- **REVERSIÓN**

# CIRUGÍA DE REVISIÓN BARIÁTRICA ¿POR QUÉ?

**EL JUEGO DE LAS "SIETE Y MEDIA"**
**(La venganza de Don Mendo)**

…y un juego vil
que no hay que jugarle a ciegas,
pues juegas cien veces, mil...
y de las mil, ves febril
que o te pasas o no llegas.

XXXI CURSO CIRUGÍA
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGÍA
28 y 29 enero de 2016
Valencia

# CIRUGÍA DE REVISIÓN: INDICACIONES

## INDICACION POR EXCESO

- Síndrome malabsortivo severo
- Hipoproteinemia, mala calidad de vida, hepatopatía...

## INDICACIÓN POR DEFECTO (FALLO DE LA TÉCNICA O COMPLICACIONES)

- No pérdida de peso o ganancia ponderal
- No resolución de comorbilidades
- COMPLICACIONES TARDÍAS: Estenosis, dilataciones, reflujo GE, hiperemesis

XXXI CURSO CIRUGÍA
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGÍA
28 y 29 enero de 2016
Valencia

# CIRUGÍA DE REVISIÓN

**INDICACIONES:**

**1.- INSUFICIENTE PÉRDIDA PONDERAL, RE-GANANCIA PONDERAL O INSUFICIENTE RESOLUCIÓN DE CO-MORBILIDADES**

**2.- COMPLICACIONES DERIVADAS DE CADA TÉCNICA O EMPEORAMIENTO DE PATOLOGÍA PREVIA (p.e. ERGE)**

**3.- SINDROME MALABSORTIVO, DIARREA INCAPACITANTE, DEFICITS NUTRICIONALES SEVEROS…..**

XXXI CURSO CIRUGÍA
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGÍA
28 y 29 enero de 2016
Valencia

# CIRUGÍA DE REVISIÓN

**INDICACIONES:**

**1.- INSUFICIENTE PÉRDIDA PONDERAL, RE-GANANCIA PONDERAL O INSUFICIENTE RESOLUCIÓN DE CO-MORBILIDADES**

# ¿Cuándo?

# METODOS DE VALORACIÓN DE LA PERDIDA PONDERAL INDICES ANTROPOMÉTRICOS

## PSPP
(Porcentaje de sobrepeso perdido)

## PIMCP
(Porcentaje de IMC perdido)

## PEIMCP
(Porcentaje de exceso de IMC perdido)

# METODOS DE VALORACIÓN DE LA PERDIDA PONDERAL

| EVALUACIÓN DE RESULTADOS | | |
|---|---|---|
| | Baltasar A. y cols | Deitel M and Greenstein RJ |
| **EXCELENTE** | PSPP > 65 %<br>IMC< 30 Kg/m$^2$ | PEIMCP > 65 % |
| **BUENO/ACEPTABLE** | PSPP 50-65 %<br>IMC 30 -35 Kg/ m$^2$ | PEIMPC 50- 65 % |
| **FRACASO** | PSPP < 50 %<br>IMC > 35 Kg/m$^2$ | PEIMPC < 50 % |

| SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO | | |
|---|---|---|
| **RESULTADOS PRELIMINARES** | 2 años | Seguimiento<br>60 % (RICB)- 75 % (SECO) |
| **INTERMEDIOS** | 3-5 años | |
| **LARGO PLAZO** | 5-10 años | |
| **DEFINITIVOS** | 10 años | |

XXXI CURSO CIRUGÍA
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGÍA
28 y 29 enero de 2016
Valencia

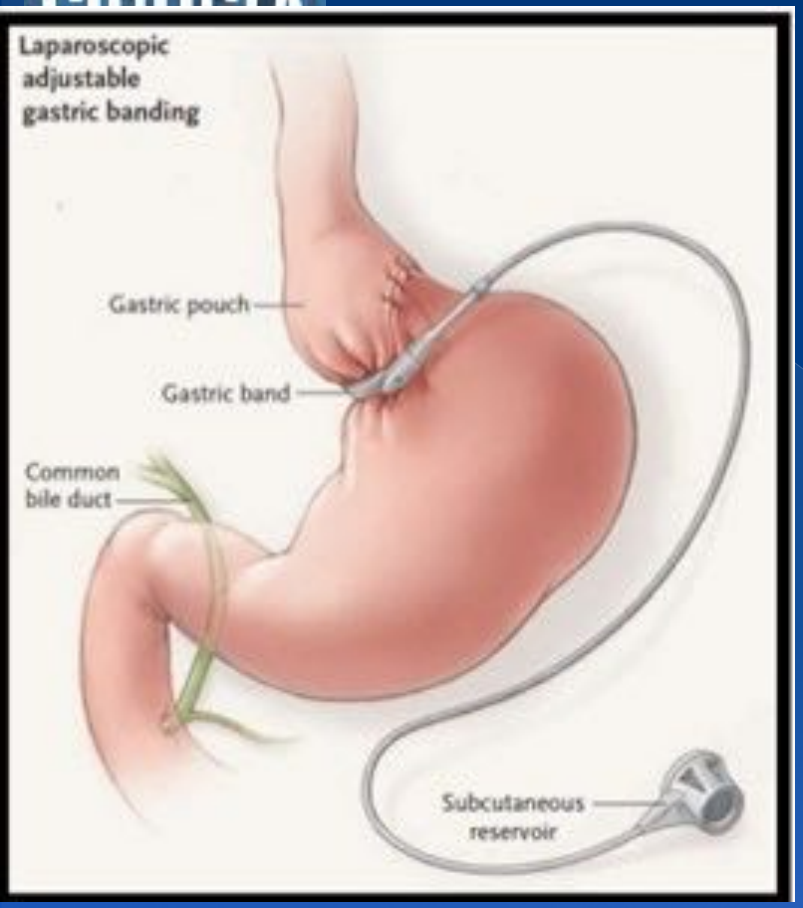
# CIRUGÍA DE REVISIÓN

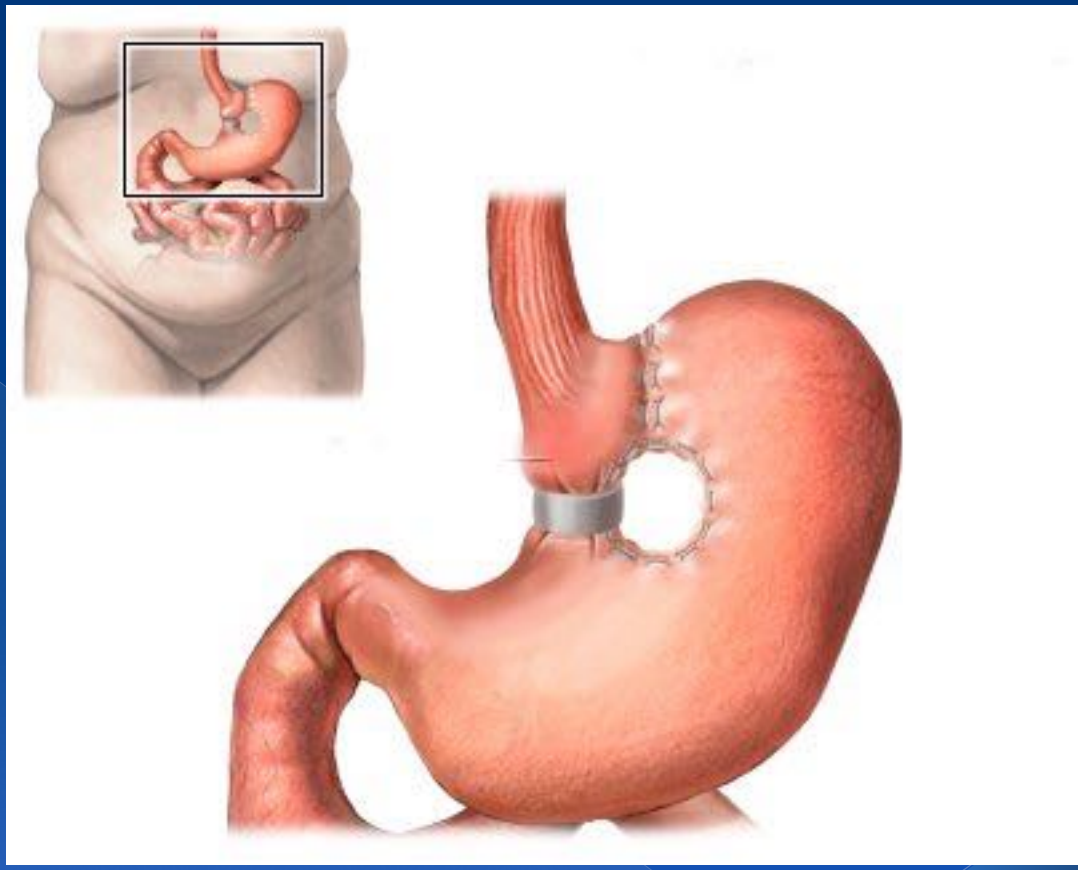
**INDICACIONES:**

**1.- INSUFICIENTE PÉRDIDA PONDERAL, RE-GANANCIA PONDERAL O INSUFICIENTE RESOLUCIÓN DE CO-MORBILIDADES**

**TÉCNICAS RESTRICTIVAS----→ ASEGURAR RESTRICCIÓN, AÑADIR COMPONENTE MALABSORTIVO**

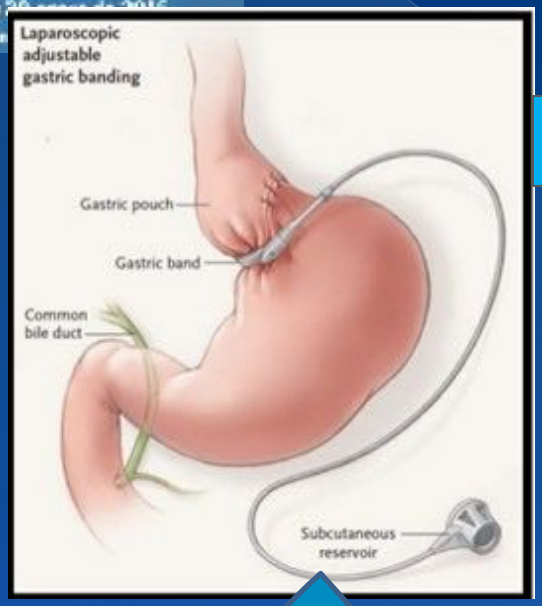
**TÉCNICAS MIXTAS----→ ASEGURAR RESTRICCIÓN Y AUMENTAR COMPONENTE MALABSORTIVO**

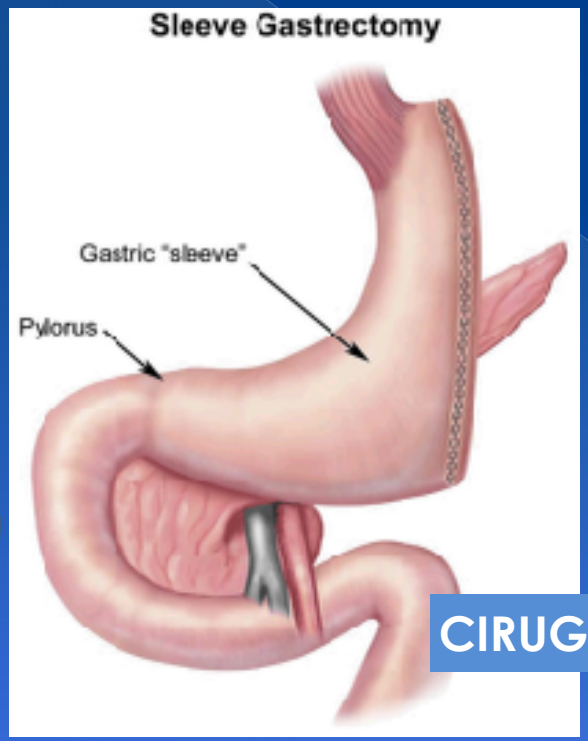


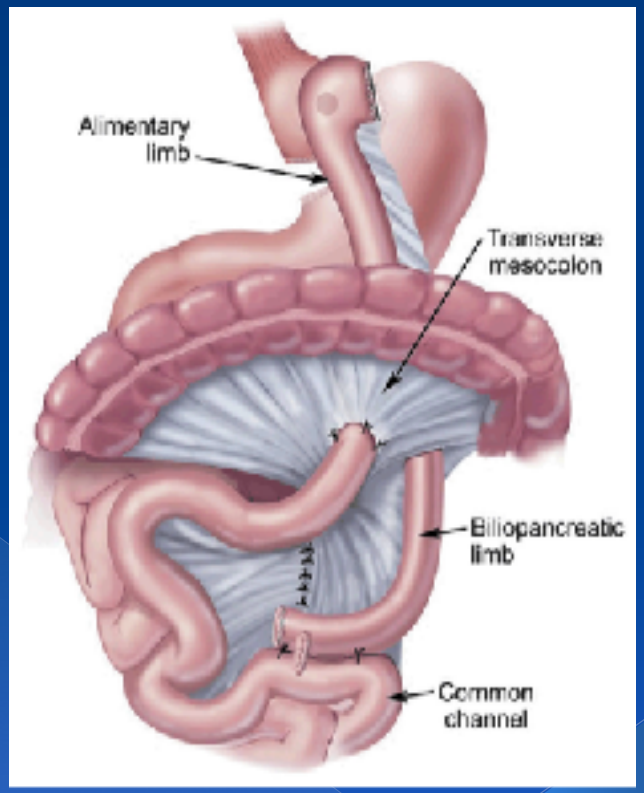



## POSIBILIDADES DE CONVERSIÓN

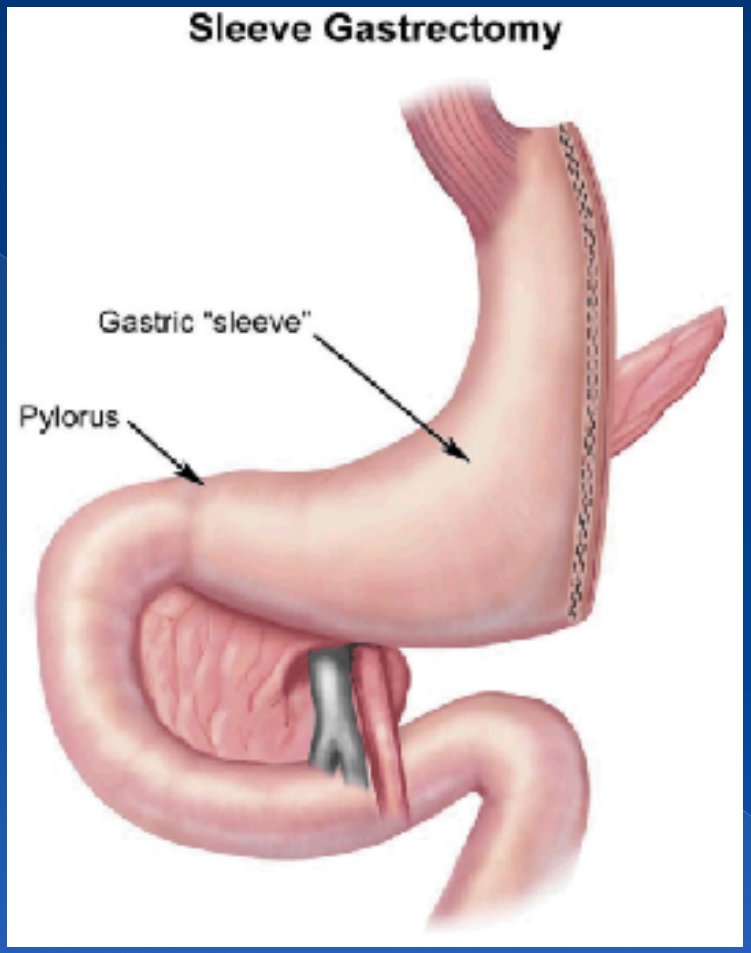
# CONVERSIÓN DE BANDA GÁSTRICA



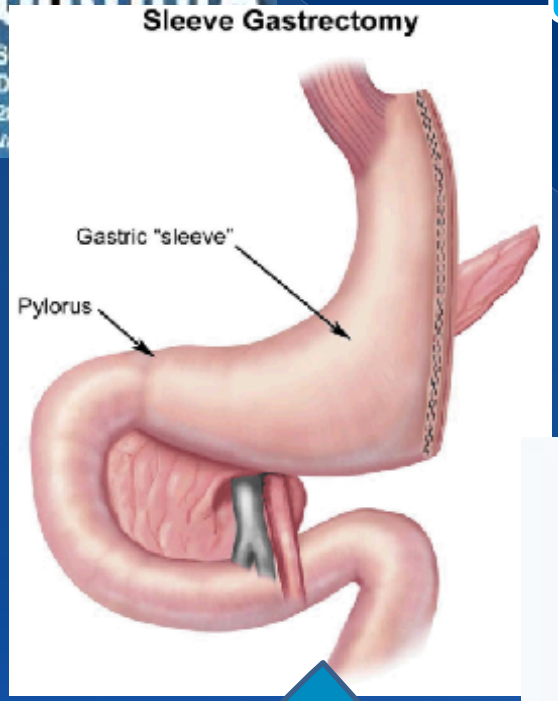



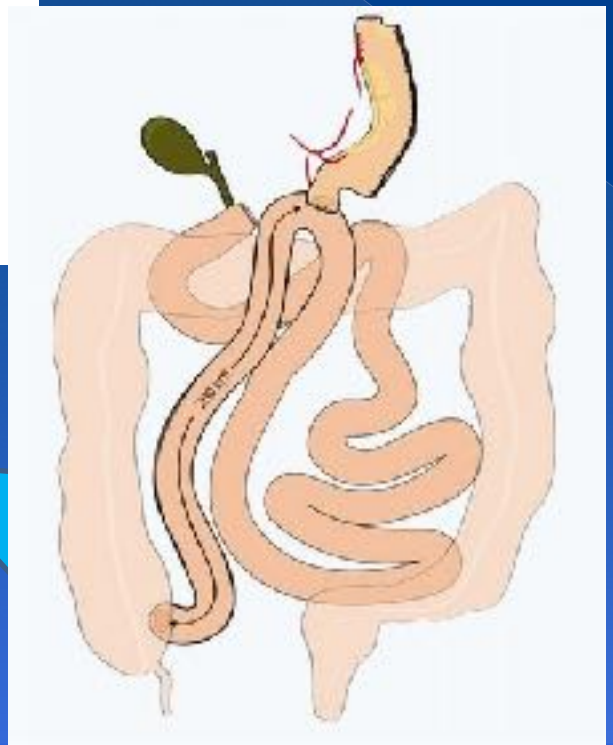

CIRUGÍA EN UNO O DOS TIEMPOS

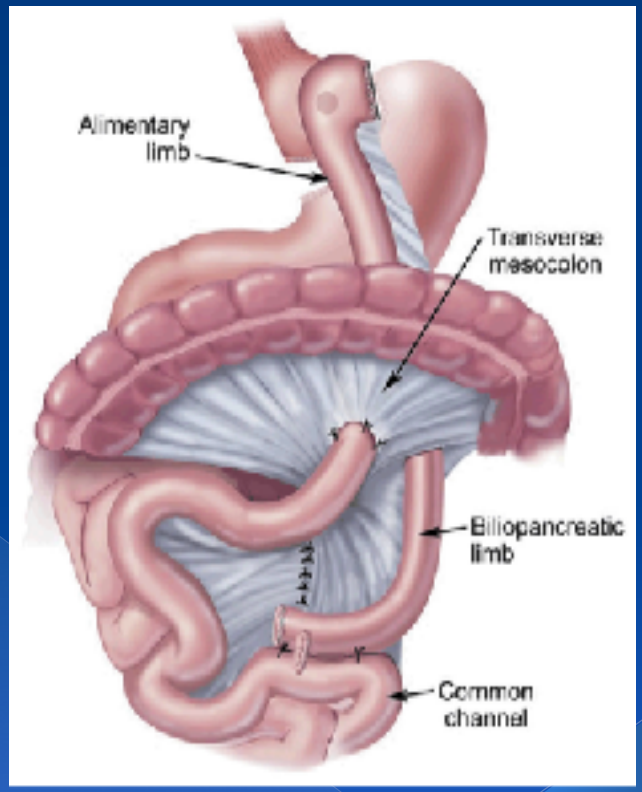


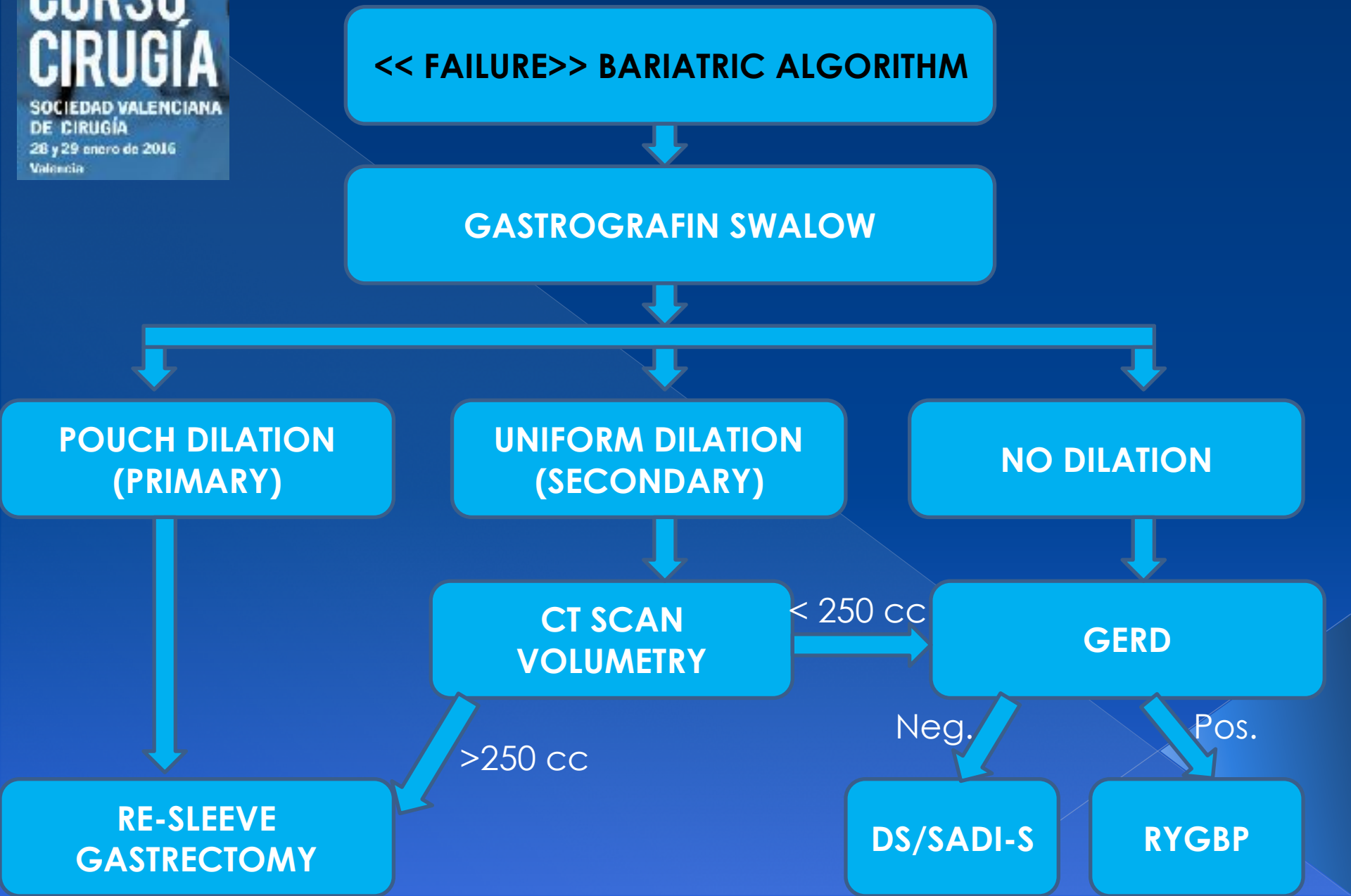

## POSIBILIDADES DE CONVERSIÓN

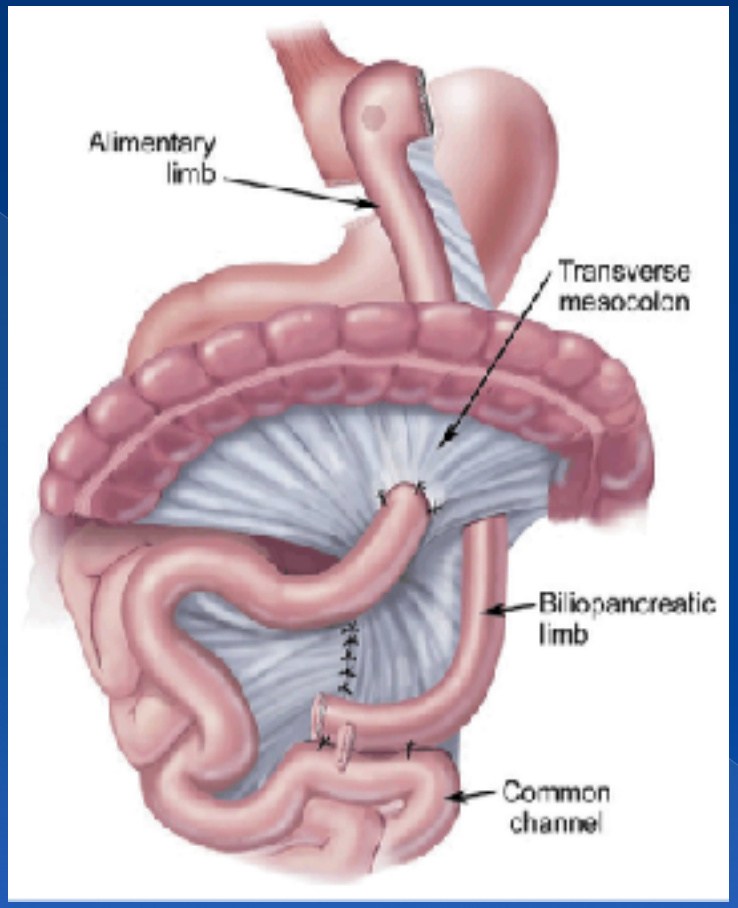
# CONVERSIÓN DE SLEEVE



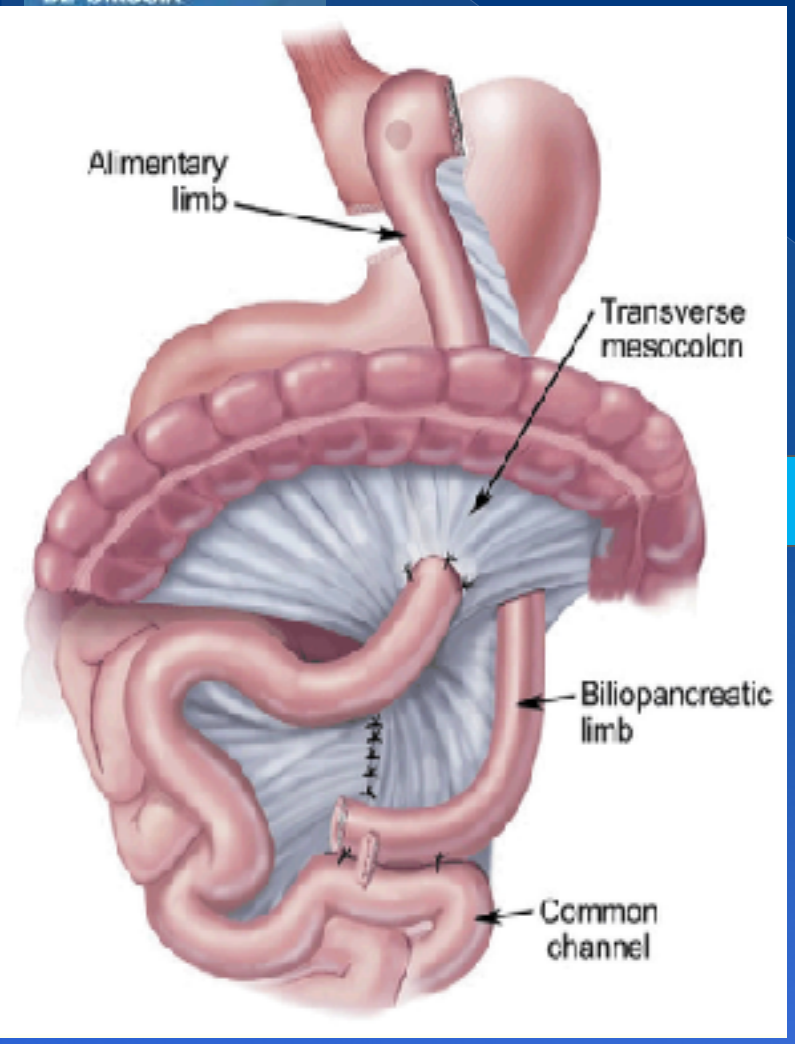



<< FAILURE>> BARIATRIC ALGORITHM
GASTROGRAFIN SWALOW
POUCH DILATION (PRIMARY)
UNIFORM DILATION (SECONDARY)
NO DILATION
CT SCAN VOLUMETRY
< 250 cc
GERD
>250 cc
Neg.
Pos.
RE-SLEEVE GASTRECTOMY
DS/SADI-S
RYGBP




## POSIBILIDADES DE CONVERSIÓN

# CONVERSIÓN BY PASS GY



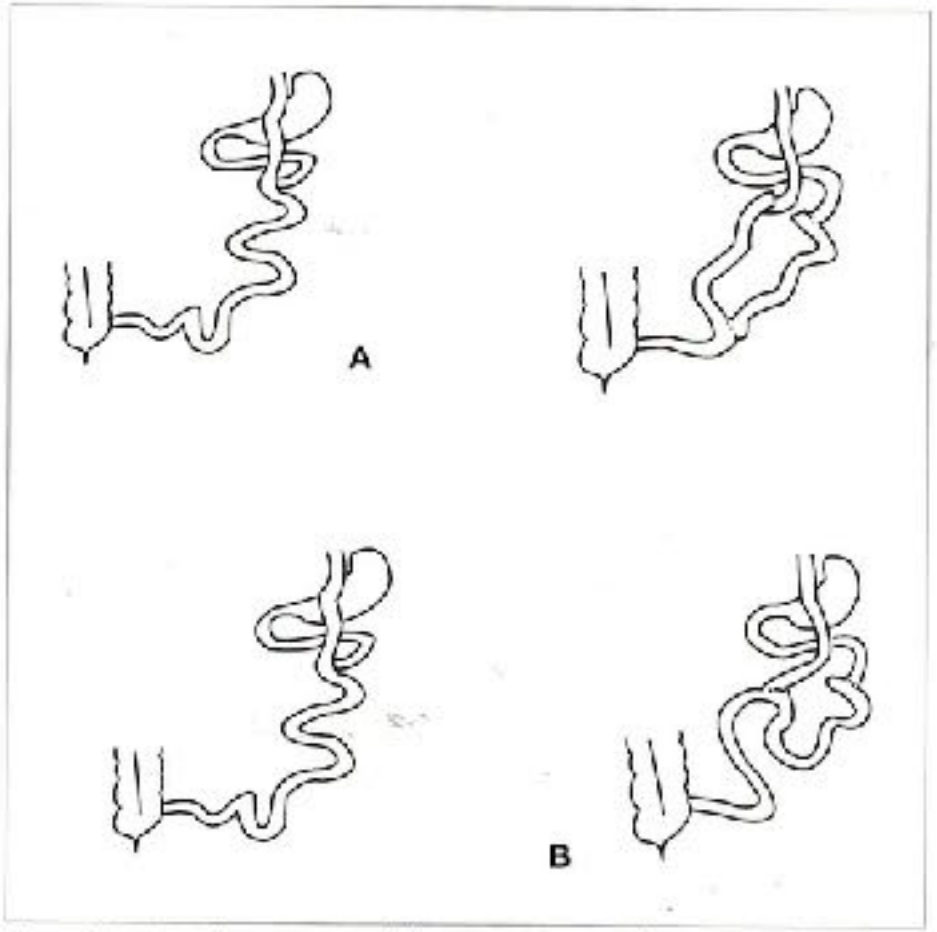




**Figura 19.4. A y B.** *Reconversión de bypass gástrico a derivación biliopancreática. B: Reconversión de bypass corto a distal*

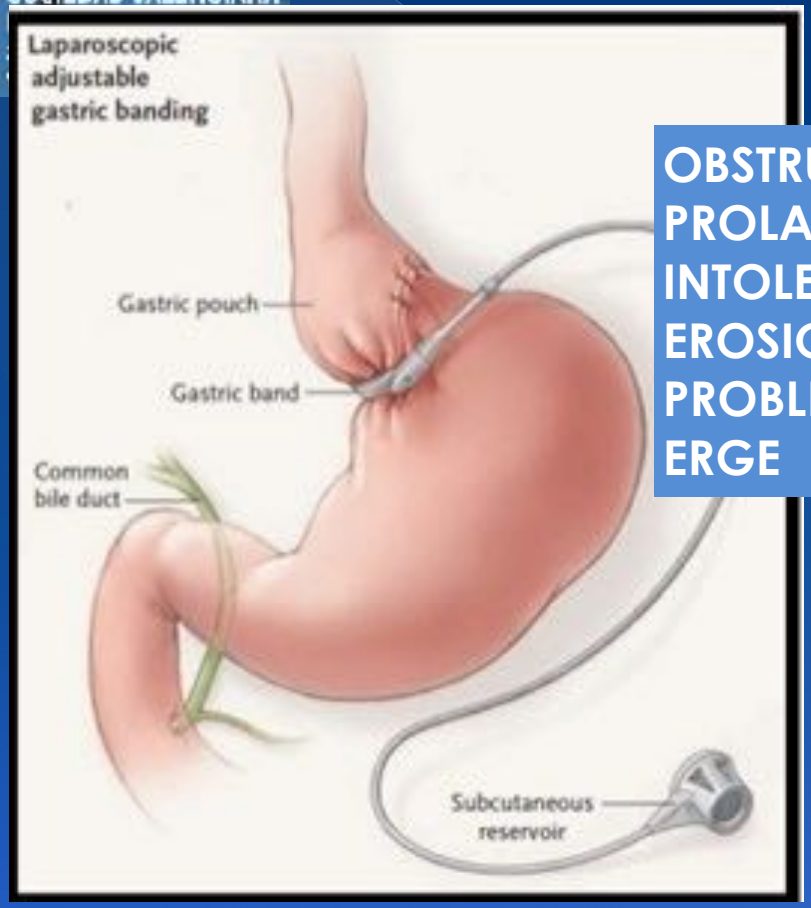
XXXI CURSO CIRUGÍA
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGÍA
28 y 29 enero de 2016
Valencia

# CIRUGÍA DE REVISIÓN

**INDICACIONES:**

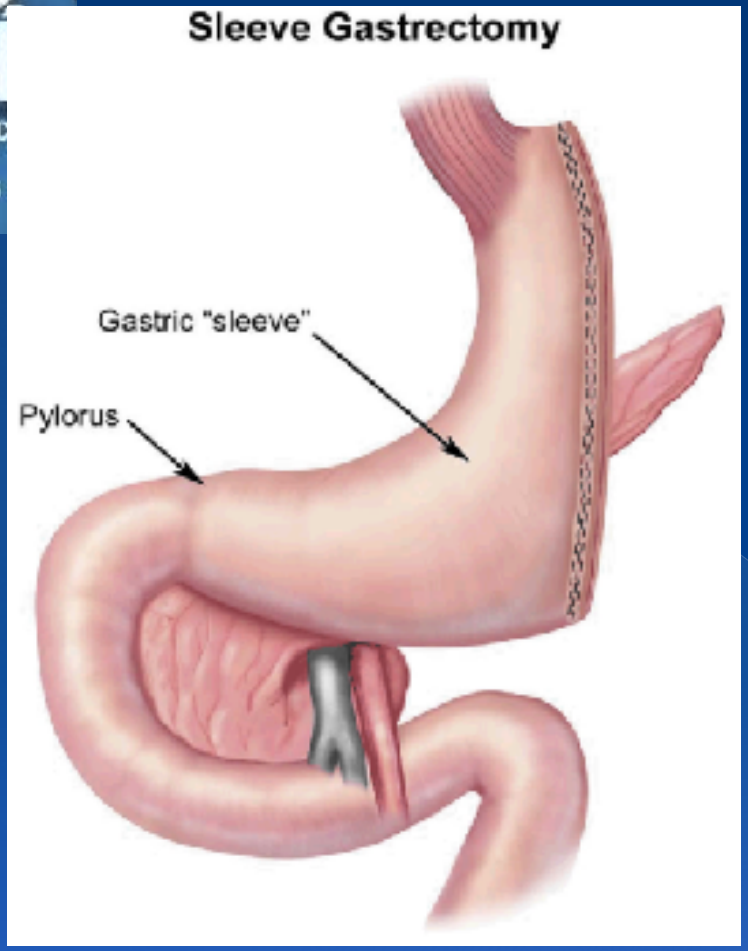
**2.- COMPLICACIONES DERIVADAS DE CADA TÉCNICA O EMPEORAMIENTO DE PATOLOGÍA PREVIA (p.e. ERGE)**

**TÉCNICA DEPENDIENTE DE TIPO DE COMPLICACIÓN Y CIRUGÍA PREVIA**

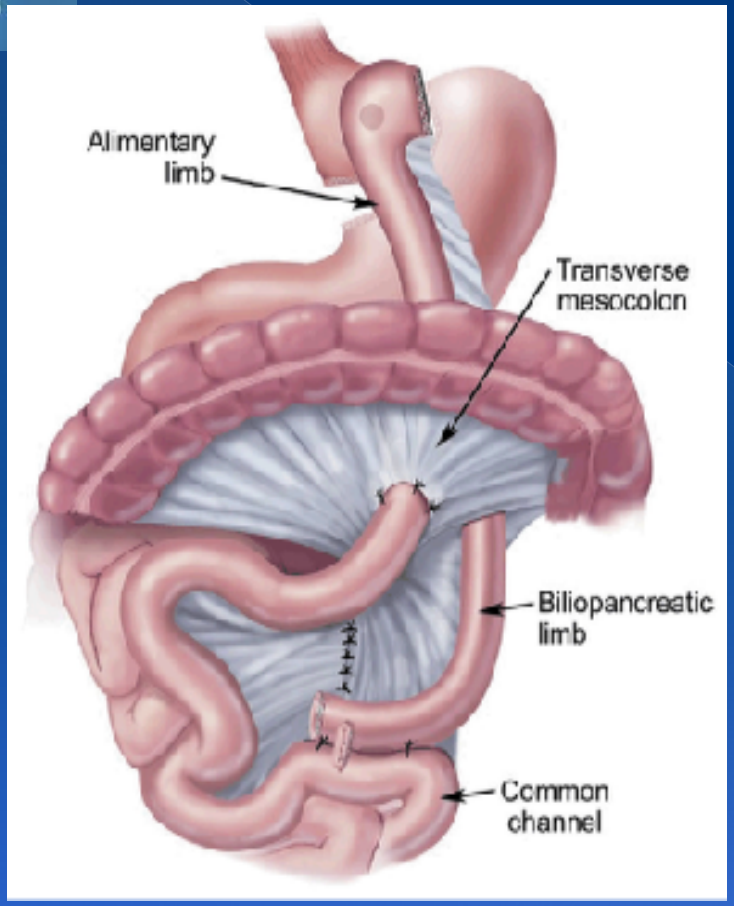


**OBSTRUCCION**
**PROLAPSO/DILATACION RESERVORIO**
**INTOLERANCIA**
**EROSION/INTRUSIÓN**
**PROBLEMAS DEL PUERTO O TUBO**
**ERGE**

**CIRUGÍA EN UNO O DOS TIEMPOS**

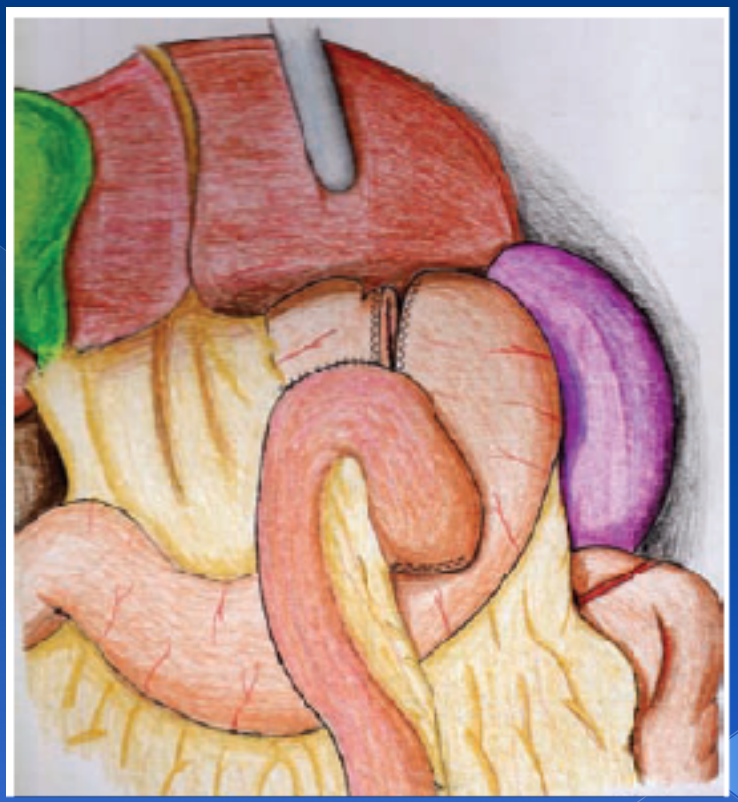



**ESTENOSIS**
**FISTULA CRÓNICA**
**ERGE**




HERNIA INTERNA MESO
HERNIA INTERNA PETERSEN
ULCERA ANASTOMÓTICA
FISTULA CRÓNICA
ESTENOSIS ANASTOMÓTICA
FISTULA GASTRO-GÁSTRICA
OBSTRUCCION ASA B-P

# CANDY CANE SYNDROME



XXXI CURSO CIRUGÍA
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGÍA
28 y 29 enero de 2016
Valencia

# CIRUGÍA DE REVISIÓN

**INDICACIONES:**

**3.- SINDROME MALABSORTIVO, DIARREA INCAPACITANTE, DEFICITS NUTRICIONALES SEVEROS…..**

## ¿QUIEN LA INDICA?

**TÉCNICAS RESTRICTIVAS----→ INFRECUENTE**

**TÉCNICAS MIXTAS O MALABSORTIVAS----→**

- **REVERSIÓN ANATÓMICA COMPLETA**
- **DISMINUIR EL COMPONENTE MALABSORTIVO: elongación de asa común**

XXXI CURSO CIRUGIA
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGÍA

## CIRUGÍA DE REV

## INDICA

- Casi siempre ocurre en de
- Puede condicionar morta

SOLUCIÓN:

Aumento en longitud
- Conversión anatómic
- Reanastomosis más
- "kissing X" by pass

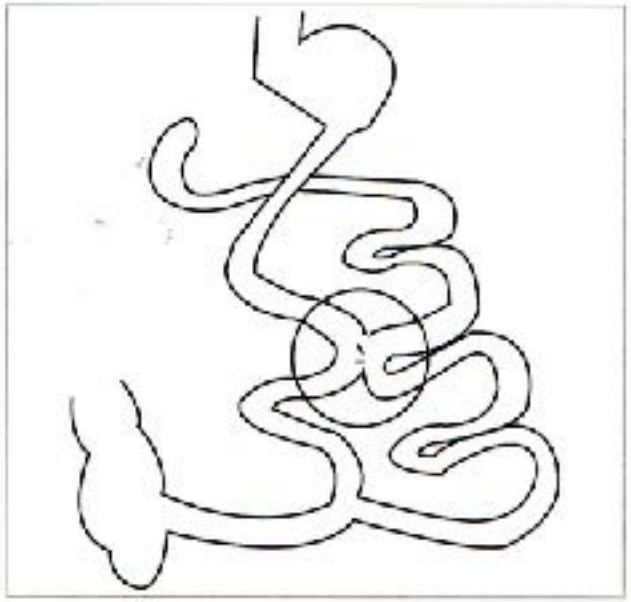


**Figura 19.5.** *Anastomosis en la cirugía de revisión: del cruce duodenal (Kissing X)*

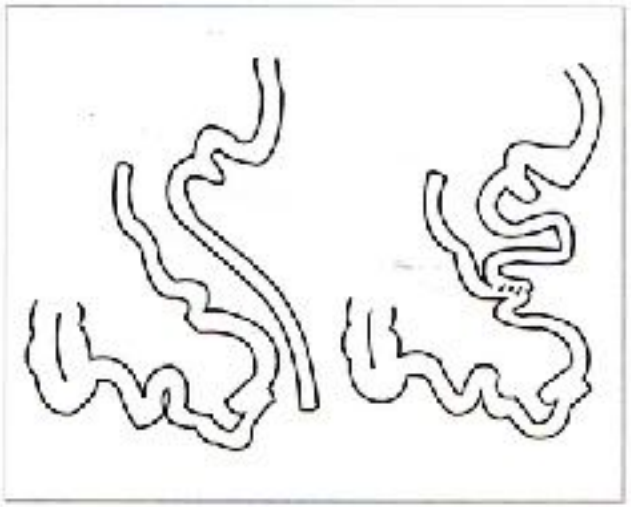


**Figura 19.6.** *Elongación del canal común a expensas del asa biliopancreática, aumentando el intestino delgado total entre el estómago y el colón.*

# LAPAROSCOPIA VS LAPAROTOMÍA

## ¿Mayor tasa de conversión? (excluyendo cirugía urgente)

# ASPECTOS ORGANIZATIVOS (LISTA DE ESPERA, PROGRAMACIÓN, PREPARACIÓN…)

XXXI CURSO CIRUGÍA
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGÍA
28 y 29 enero de 2016
Valencia



# CONCLUSIONES

Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas, de pronto, cambiaron todas las preguntas.

(Mario Benedetti)