

Mesa Redonda

ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGÍA DE REVISIÓN

29 de enero de 2016

EL OTRO EXTREMO: PÉRDIDA EXCESIVA Y COMPLICACIONES METABÓLICAS

Dr S Gómez Abril

XXXI
CURSO
CIRUGÍA

SOCIEDAD VALENCIANA
DE CIRUGÍA
28 y 29 enero de 2016
Valencia



Todo la información al 907 y 9089
Sede Social: Pinar de Mar de Valencia de España
Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.
DISEÑO: www.diseñodigital.com

Hospital Universitario Dr. PESET. Valencia.



NIVELES DE EVIDENCIA

No hay estudios con nivel de evidencia suficiente para poder recomendar una técnica de revisión

Los estudios son limitados en número de pacientes y por la escasez de resultados

NIVELES III y IV DE EVIDENCIA

“Personalmente preferimos el bypass gástrico laparoscópico, ya que tiene buenos resultados y es nuestra técnica estándar. Probablemente lo más importante a la hora de elegir una técnica de conversión sea decidirse por la que mejor se domine, siempre que cumpla con los principios básicos de estas reintervenciones”

Prof Felipe de la Cruz Vigo

ASPECTOS GENERALES

En todos los pacientes candidatos a revisión encontraremos:

- ✓ **FACTORES RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA**
- ✓ **FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE**

Es fundamental evaluar el peso de cada uno para poder indicar adecuadamente la mejor solución:

ESTUDIO PERSONALIZADO

ESTUDIO DIAGNÓSTICO

✓ **HISTORIA CLÍNICA DETALLADA:**

- Descartar patología endocrinológica
- Recoger hábitos dietéticos (diario nutricional)
- Evaluación psicológica

✓ **PESO e IMC y evolución**

✓ **EVALUAR LA TÉCNICA:**

- Endoscopia digestiva Alta
- Tránsito Esófago Gástrico
- Estudios de absorción intestinal
- Ph/manometría

✓ **REVISIÓN TÉCNICA:** parte quirúrgico o vídeo



ASPECTOS GENERALES

Ante un paciente con pérdida excesiva de peso después de una cirugía bariátrica debemos distinguir:

- ✓ **COMPLICACIÓN DE LA TÉCNICA**
- ✓ **EXCESIVO FUNCIONAMIENTO DE LA CIRUGÍA**

INDICACIÓN DE REVISIÓN

La indicación debe hacerse con sumo cuidado, dando información adecuada, ya que la variabilidad de resultados es mayor que en la cirugía bariátrica primaria.

Ante:

COMPLICACIONES: Vómitos/ERGE/Estenosis

REGANANCIA: Valorar cuidadosamente al paciente

Rechazar expectativas poco realistas

En: %SPP < 50%

comorbilidades persistentes

PÉRDIDA EXCESIVA: Malnutrición a pesar de soporte médico



INDICACIÓN DE CIRUGÍA

EXCESIVA PÉRDIDA DE PESO POR COMPLICACIONES



EXCESIVA PÉRDIDA DE PESO POR COMPLICACIONES

- ✓ Relacionada con la estenosis en cualquiera de las técnicas.
- ✓ Especialmente relacionada con las técnicas **restrictivas**.
- ✓ Manifestada mediante vómitos persistentes con intolerancia a la alimentación oral y pérdida excesiva de peso
- ✓ El paciente es reacio a la cirugía de revisión por la excelente pérdida de peso.

EXCESIVA PÉRDIDA DE PESO POR COMPLICACIONES: Banda gástrica

✓ En primer lugar vaciar banda por completo

✓ Si desaparecen los vómitos:

rehinchado progresivo

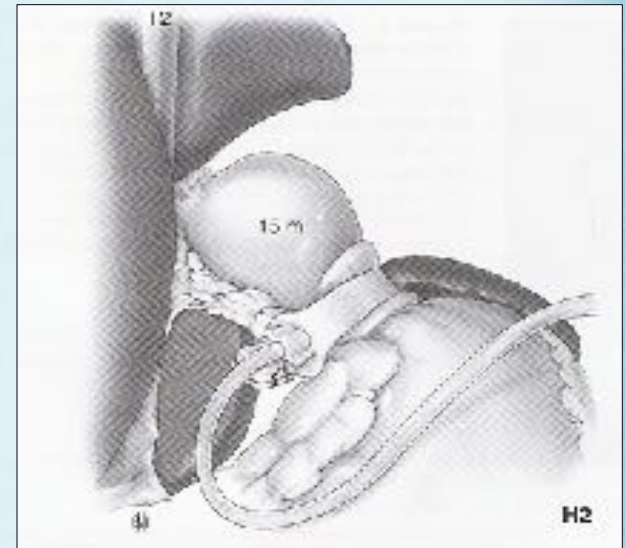
✓ Descartar **deslizamiento** de la banda

✓ En caso de vólvulo gástrico:

Retirada inmediata

✓ Si persisten los vómitos:

Retirar la banda gástrica y plantear conversión a otra cirugía bariátrica



EXCESIVA PÉRDIDA DE PESO POR COMPLICACIONES: Gastrectomía tubular

✓ Primordial técnica cuidadosa, liberando adecuadamente la cara posterior gástrica para evitar giros.

✓ Confirmar mediante EDA

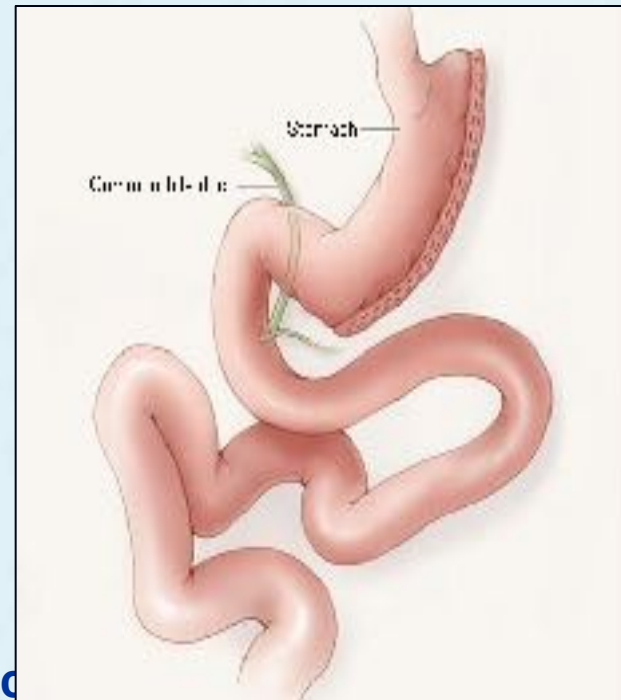
✓ Se realiza **dilatación endoscópica**

✓ En caso de fracaso:

Cirugía:

Seromiotomía

Conversión a cirugía bariátrica



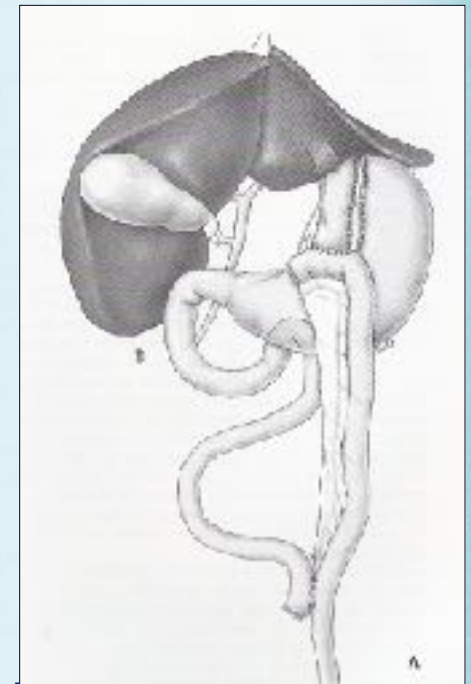
CO

EXCESIVA PÉRDIDA DE PESO POR COMPLICACIONES: Bypass Gástrico

- ✓ Se produce un exceso de restricción por estenosis
- ✓ También por efecto del anillado (Bypass anillado)
- ✓ Mayor tasa de estenosis en anastomosis circulares
- ✓ Confirmar mediante EDA
- ✓ Se realiza **dilatación endoscópica**
- ✓ En caso de fracaso:

Cirugía:

Reconfección anastomosis gastroyeyunal





DÉFICIT DE TIAMINA

EXCESIVA PÉRDIDA DE PESO POR MALABSORCIÓN



EXCESIVA PÉRDIDA DE PESO POR MALABSORCIÓN

- ✓ Rango diferente según técnicas (bypass vs malabsortivas)
- ✓ Asocian **diarreas profusas** con esteatorrea
- ✓ Asocian **déficits de oligoelementos**, vitaminas y minerales:
 - alteración metabolismo fosfocálcico
 - anemia ferropénica severa
 - déficit de magnesio
 - déficit de vitamina B12
- ✓ Presencia de edemas maleolares .
- ✓ Analítica
 - Alteración compartimento protéico: **albúmina** y transferrina
 - Proteínas de vida media corta: prealbúmina y RBP

EXCESIVA PÉRDIDA DE PESO POR MALABSORCIÓN

- ✓ Iniciar tratamiento con suplementos hiperprotéicos hipocalóricos
- ✓ Se plantea la cirugía de revisión ante **malnutrición** con fracaso del tratamiento médico de soporte (superior a tres meses).
- ✓ Soporte nutricional preoperatorio adecuado (NP/NE).
- ✓ Imprescindible una **correcta evaluación** del paciente.
- ✓ Evaluar adecuadamente la **cirugía primaria:**

Excesiva restricción

Excesiva malabsorción

Ambas

EXCESIVA PÉRDIDA DE PESO POR MALABSORCIÓN: BYPASS GÁSTRICO

- ✓ Menos de un 1% de los pacientes presenta malnutrición.
- ✓ Técnicas posibles:

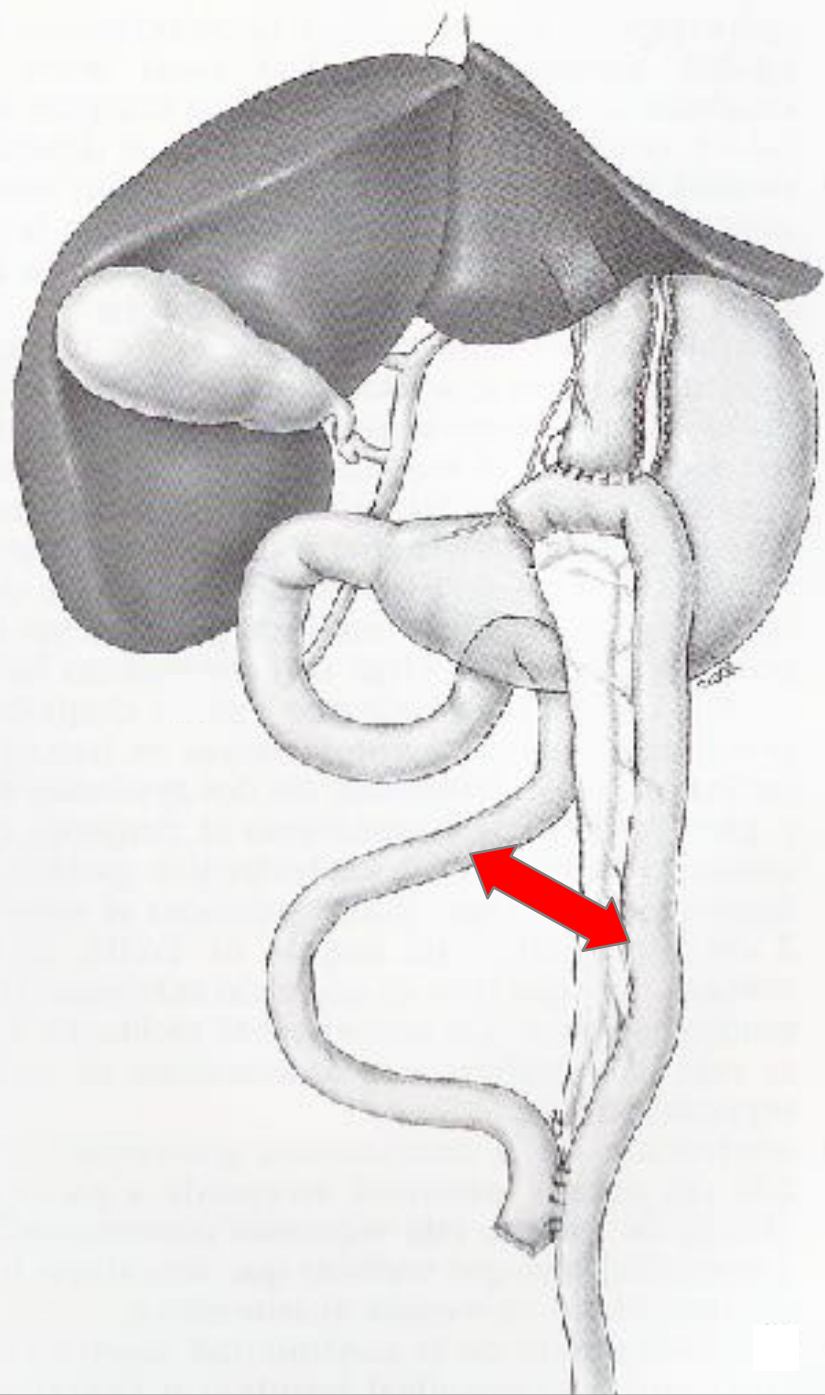
alargamiento del asa común

reversión de la anatomía

anastomosis proximal entre asa alimentaria y

biliopancreática: **TÉCNICA KISSING X**

MUY COMPLEJAS



EXCESIVA PÉRDIDA DE PESO: TÉCNICAS MALABSORTIVAS

- ✓ **Malnutrición protéica con tasas 13-18%**
- ✓ **Esencial el seguimiento clínico y analítico *estricto* con asesoramiento nutricional**
- ✓ **Factores que influyen:**

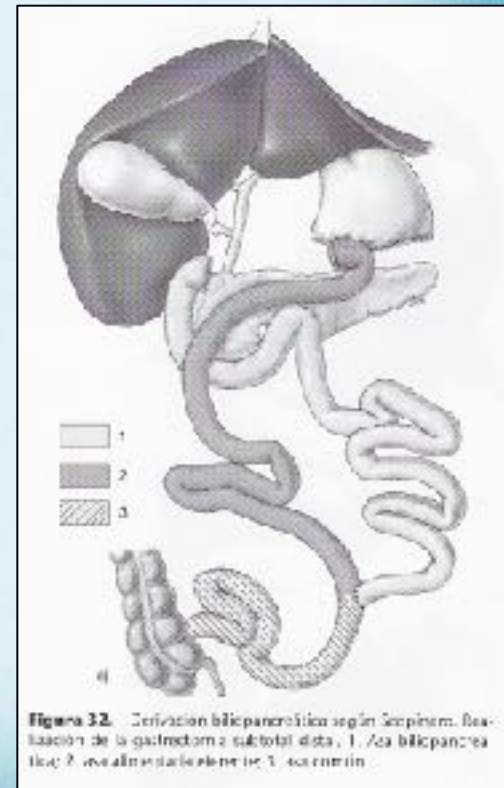
tamaño del reservorio pequeño (Scopinaro)

asa común < 50 cms

asa alimentaria < 250 cms

tipo de ingesta

procesos intercurrentes (GEA, depresión...)



EXCESIVA PÉRDIDA DE PESO: TÉCNICAS MALABSORTIVAS

✓ Técnicas posibles:

A) alargamiento del asa común a expensas de asa biliopancreática

- añade 150 cms

- Mayor número de anastomosis

B) anastomosis proximal entre asa alimentaria y biliopancreática:

TÉCNICA KISSING X

a un metro de estómago para evitar reflujo biliar

HIPOGLUCEMIA PERTINAZ EN BYPASS

- ✓ **Generalmente postprandial**
- ✓ **Complicación infrecuente tras bypass (<1%)**
- ✓ **Mecanismo desconocido**
- ✓ **Cuadros de hipoglucemia muy significativos.**
- ✓ **Diagnóstico complejo: descartar patología pancreática; transgresiones dietéticas**
- ✓ **No se trata de un Síndrome de Dumping**
- ✓ **Descartar hipoglucemias en ayunas: TEST DEL AYUNO**

HIPOGLUCEMIA PERTINAZ EN BYPASS

✓ **Manejo médico:**

Dieta fraccionada

Evitar ayuno prolongado

Evitar ingesta de hidratos de absorción rápida

Medicación con resultados irregulares:

ADO's; duspatalin

✓ **En hipoglucemias graves persistentes:**

Pancreatectomía corporocaudal

Reversión del bypass

**“El resultado de la Cirugía Bariátrica es multifactorial.
La elección del procedimiento, así como los factores dependientes
del paciente, juegan un papel fundamental”**

SELECCIÓN DEL PACIENTE

FUNDAMENTAL: ACERTAR A LA PRIMERA

