

# Derivación gástrica laparoscópica. Bypass gástrico

## Laparoscopic gastric bypass

Camilo A. Díaz Rincón, MD.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cirujano Bariátrico. Hospital Universitario de la Samaritana. Bogotá, Colombia  
camilodiazmd@hotmail.com

Fecha recibido: 05-12-11  
Fecha aceptado: 12-12-11

### Resumen

La obesidad ha sido considerada la epidemia mundial del siglo XXI; hasta el momento no existe un manejo médico y/o farmacológico que permita controlar o disminuir significativamente las comorbilidades asociadas a esta enfermedad. La cirugía bariátrica se ha posesionado como la mejor alternativa para el manejo de estos pacientes y requiere para su realización centros de referencia con grupos multidisciplinarios comprometidos con la escogencia y seguimiento a largo plazo para estos pacientes. El bypass gástrico continúa siendo el patrón de oro para el manejo quirúrgico de la obesidad mórbida.

### Palabras clave

Obesidad mórbida, bypass gástrico, cirugía laparoscópica, síndrome metabólico, diabetes tipo 2.

### Abstract

Obesity is considered to be the epidemic of the 21st century. Until now there are no known medical or pharmacological methods to manage obesity in ways that control it and significantly reduce the comorbidities associated with it. Bariatric surgery has become the best alternative for management of obesity. Management of patients undergoing bariatric surgery requires referral centers with multidisciplinary medical groups committed to choice and long term follow-up of these patients. Bariatric surgery continues to be the gold standard for surgical management of morbid obesity.

### Key words

Morbid obesity, gastric bypass, laproscopic surgery, metabolic syndrome, diabetes type 2.

La obesidad, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo ha crecido de manera epidémica en los últimos 20 años y el pronóstico para los próximos treinta años no es nada optimista (1); los pobres resultados del manejo médico y los excelentes resultados con bajas complicaciones han hecho de la cirugía bariátrica la rama que más desarrollo ha tenido en todas las especialidades quirúrgicas en la última década (2), relacionado principalmente con las técnicas mínimamente invasivas a partir de 1990 (3).

El bypass gástrico es considerado desde 1977 “el patrón de oro” para el manejo quirúrgico de la obesidad mórbida

debido primordialmente a los buenos resultados en cuanto a pérdida de peso y corrección de comorbilidades, las cuales han sido probadas a través del tiempo por un periodo superior a 30 años (4). Es la técnica quirúrgica más realizada por los cirujanos bariátricos de todo el mundo, y representa más del 75% de los procedimientos realizados según la encuesta de la ASMBS (American Society of Bariatric and Metabolic Surgery 2002) (5).

En términos sencillos, el bypass gástrico es una técnica mixta restrictiva (reservorio gástrico de 30 cc) asociado a un componente malabsortivo (derivación gastroyeyunal en

Y de Roux), que produce la exclusión funcional del duodeno y las primeras porciones de intestino, produciendo disminución en la ingesta de alimento y provocando grados variables de malabsorción. Sin embargo, pueden variar el tamaño del reservorio, el uso o no de anillos restrictivos, la longitud de las asas intestinales excluidas, la forma de realizar la gastroyeyuno-anastomosis, el ascenso ante o retrocólico que hacen que sea difícil estandarizar una técnica a nivel mundial y poder así comparar los resultados de diferentes instituciones.

Es una técnica compleja que requiere el desarrollo de centros de referencia conformados por equipos quirúrgicos coordinados y especializados, con insumos quirúrgicos y quirófanos apropiados para pacientes obesos teniendo como meta complicaciones inferiores al 10% y mortalidad perioperatoria menor a 1% (6).

Las indicaciones para realizar un bypass gástrico continúan siendo el consenso del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de 1991 (7):

1. Paciente mayor de 18 y menor de 65 años.
2. Índice de masa corporal (IMC) superior a 40 kg/m<sup>2</sup>.
3. IMC entre 30 y 40 con comorbilidades asociadas.
4. Valoración por equipo multidisciplinario que determine:
  - Baja posibilidad de pérdida de peso con métodos no quirúrgicos.
  - Paciente bien informado de los riesgos y beneficios a corto y largo plazo de la cirugía.
  - Paciente altamente motivado para perder peso con la cirugía.
  - Tener un riesgo quirúrgico aceptable.
  - Estar dispuesto a tener seguimiento médico de por vida.

Las contraindicaciones para este tipo de cirugía incluyen (8):

1. Médicas
  - Riesgo operatorio inaceptable por enfermedades comórbidas severas
  - Enfermedades incurables (HIV, cáncer, cirrosis)
  - Enfermedades descompensadas (ICC, angina inestable, enfermedad tiroidea)
  - Enfermedades gastrointestinales (Crohn, dismotilidades)
  - Pobre calidad de vida que no mejore con la reducción del sobrepeso.
2. Psiquiátricas
  - Enfermedad psiquiátrica significativa o depresión mayor
  - Retardo mental severo
  - Estilo de vida autodestructivo
  - Bulimia activa
  - Abuso de alcohol o drogas

- Inhabilidad para comprender los cambios de comportamiento requeridos luego de la cirugía.

La mayoría de pacientes a quienes se les realiza un bypass gástrico muestran un patrón similar de pérdida del exceso de peso; en los tres meses iniciales evidencian una pérdida entre el 25 al 50% del exceso de peso. A partir de entonces se hace más lenta hasta lograr el 60% al cabo de un año. Y alcanza un máximo de 72% en promedio, al cabo de los 18 meses. Es conocido que entre un 3 a 5% de los pacientes no tendrán buenos resultados, aun teniendo un bypass gástrico adecuadamente realizado, posiblemente por un consumo alto de carbohidratos en pacientes golosos y picadores, lo cual enfatiza la adecuada elección de los pacientes a quienes se les realice una derivación gástrica.

El bypass gástrico tiene resultados superiores en cuanto a resolución de la diabetes tipo 2, hipertensión, de la apnea del sueño y de las manifestaciones osteoarticulares, comparado con las operaciones meramente restrictivas (9); sin embargo, sus posibles desventajas serían mayor riesgo de desnutrición, deficiencia de vitaminas, anemia, neuropatía periférica, mayor desarrollo de colestasis postoperatoria y la no posibilidad de acceso endoscópico a la papila de vater para manejo de la coledocolitiasis.

Las ventajas de las técnicas laparoscópicas se basan primordialmente en un menor dolor postoperatorio y menor periodo de convalecencia, al reducir el tamaño de las incisiones y el grado de traumatismo a la pared abdominal; hay menor acumulación de fluidos en tercer espacio y una menor respuesta fisiológica al estrés.

La valoración de los resultados del tratamiento quirúrgico de la obesidad es complicada, entre otros factores por la escasez de datos de grandes series de pacientes con adecuado seguimiento a largo plazo, el alto porcentaje de pacientes que se pierden durante el seguimiento, la falta de estándares para comparación de los resultados, los informes estadísticos inadecuados y la necesidad de definiciones precisas de éxito y de fracaso.

La meta primordial de la cirugía bariátrica es mejorar la calidad del paciente obeso, con disminución o resolución de sus comorbilidades y reincorporación a una vida familiar social y sexual adecuada, lo cual se logra mediante un manejo multidisciplinario que modifique hábitos alimentarios y de sedentarismo a largo plazo.

En resumen, el bypass gástrico y la manga gástrica laparoscópica son las técnicas más utilizadas en la actualidad para el manejo quirúrgico de la obesidad mórbida; la manga es preferible para pacientes jóvenes menores de 30 años no diabéticos, consumidores de grandes volúmenes de azúcares simples. El bypass gástrico estaría recomendado para pacientes mayores de 30 años diabéticos con o sin la presencia de dislipidemias, comedores de dulces que

no presenten patología inflamatoria intestinal o adherencias intrabdominales por procedimientos quirúrgicos anteriores o hernias incisionales que hagan riesgosa la intervención. En nuestro servicio, con una experiencia superior a los 1.400 pacientes operados desde el año 2001 la proporción es de 10 bypass por cada manga (9, 10).

## REFERENCIAS

1. World Health Organization: The global challenge of Obesity, 2002. [www.who.int/nut/obshtm](http://www.who.int/nut/obshtm) .Accessed July 7, 2003.
2. Kathleen M McCauley. Medicolegal issues. Capítulo 39. En Schauer PR, Schirmer BD, Brethauer S. Minimally Invasive Bariatric Surgery. Springer 2007. p. 501.
3. Wittgrove AC, Clark GW, Tremblay LJ. Laparoscopic gastric bypass. Roux en Y. preliminary report of five cases .Obesity Surg 1994; 4: 353-357.
4. Higa KD, Boone K, Ho T. Complications of the laparoscopic Roux en-Y Gastric Bypass: 1040 patients what have we learned? Obes Surg 2000; 10: 509-513.
5. Choban PS, et al. Bariatric surgery for morbidity obesity: why, who, when, where and when what? Cleve Clinic J Med 2002; 69(11): 897-903.
6. Podnos YD, Jiménez JC, Wilson SE, Stevens CM, Nguyen NT. Complications after laparoscopic gastric bypass. A review of 3.464 cases. Arch Surg 2003; 138: 957-961.
7. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Gastrointestinal surgery for severity obesity. Am J Clinical Nutrition 1992; 55: 615s-619s.
8. Kim JJ, Tarnoff ME, Shikora SA. Surgical treatment for extreme obesity. Evolution of rapidly changing field. Nutr Clin Pract 2003; 15: 13-22.
9. Schauer PR, Burguera B, Ikramuddin S, et al. Effect of laparoscopic Roux -en-Y gastric bypass on type 2 diabetes mellitus. Ann Surg 2003; 238: 467-484.
10. Díaz CA, Roa A, Girón M. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, experiencia institucional. Congreso Colombiano de Cirugía, agosto 2010. Bogotá, Colombia.