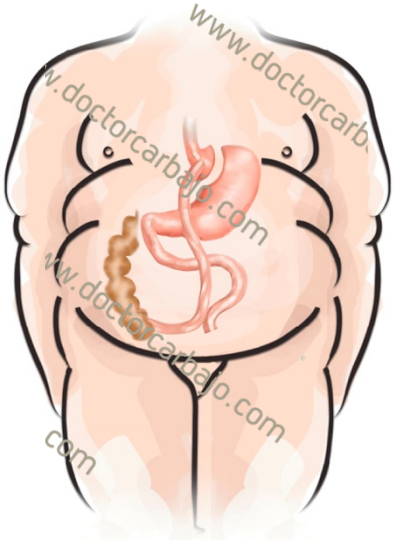
"Ventajas y diferencias del Bypass de una Anastomosis (BAGUA, Técnica Dr. Carbajo), con otros procedimientos habituales realizados en cirugía de la obesidad"

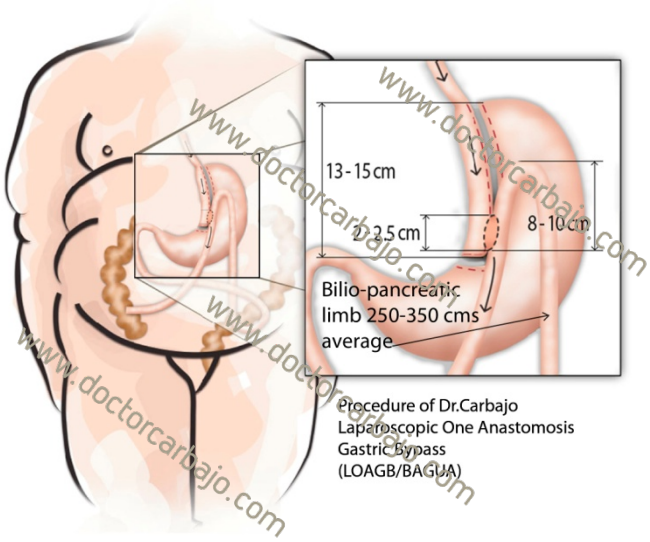
Dr.Miguel Á. Carbajo Caballero
Director of the Center of Excelence of the Surgery of Obesity
And Metabolic Diseases
Hospital Campo Grande, Valladolid, Spain

1.- Entre Bypass Gástrico "clásico" en Y de Roux y Bypass Gástrico de Una Anastomosis (BAGUA). Ambos son procedimientos "mixtos" (parcialmente restrictivos y parcialmente malabsortivos).

Y de Roux (no estandarizado, dos anastomosis)



BAGUA (estándar Dr. Carbajo, una anastomosis)



www.doctorcarbajo.com

"El principal objetivo en la realización de un Bypass Gástrico es MINIMIZAR O ELIMINAR LAS COMPLICACIONES tempranas y tardías y conseguir buenos o EXCELENTES RESULTADOS a largo plazo"

El Bypass en Y de Roux convencional ha sido entre todos los modelos de Bypass disponibles el más utilizado en el mundo en los últimos 25 años. Nuestro grupo fue pionero en España con este tipo de Bypass hace mas de 20 años, primero en cirugía abierta, después asistida por laparoscopia y finalmente por laparoscopia completa.

El principal problema del Bypass en Y de Roux es su alta posibilidad de desarrollar graves complicaciones perioperatorias, sobre todo en la curva de aprendizaje y que han sido estimadas en la literatura entre el 20-25%. Tiene dos anastomosis y ahí radica una de sus principales fuentes de problemas: en la segunda anastomosis o yeyuno-yeyunal, hay que seccionar el intestino y el mesenterio. Esto provoca un defecto mesentérico por el que están descritos entre el 2 al 20 % de problemas muy graves debidos a obstrucción intestinal por hernias internas que precisan reoperación urgente del paciente y riesgo de fallecimiento si se actúa tardíamente. Asímismo se pueden producir en el mismo lugar hemorragias incontrolables por endoscopia, fugas de la anastomosis, obstrucciones de la misma, estenosis, volvulaciones, intususcepciones y otras complicaciones todas ellas graves y que obligan a reintervención urgente, incluso muchos años después de haberse realizado la cirugía.

El otro problema principal se encuentra en que es un tipo de Bypass "corto", es decir su malabsorción se encuentra muy limitada, con lo que el 25% de los pacientes con esta técnica van a reganar peso con el tiempo y en ocasiones volver a la misma situación anterior. Con las técnicas laparoscópicas actuales, esta posibilidad aumenta ya que muchos cirujanos sin excesiva experiencia realizan procedimientos muy limitados en la malabsorción para evitarse problemas durante la cirugía. Otras complicaciones tardías importantes son las úlceras marginales o de boca anastomótica, que se estiman en más del 5% de los operados y que puede obligar en muchos casos a la reintervención. Las estenosis gastro-yeyunales y el síndrome de Dumping severo, también están vinculados al Bypass en Y de Roux y también pueden precisar de una nueva intervención para resolverlos.
Por otra parte, siempre se deja un trayecto de intestino de 1-1.5 metros (asa alimentaria), por el que sólo pasa la comida antes de mezclarse con el jugo bilio-pancreático (que es lo que permite la digestión de los alimentos), hecho que nunca sucede en una persona normal y que provoca alteraciones de la mucosa intestinal, Dumping y malestar al paciente, con disconfort digestivo en muchos casos.
En nuestra experiencia, hemos tenido que reconvertir múltiples procedimientos de Bypass en Y de Roux convencional a Bypass Gástrico distal, algunos de nuestros propios pacientes de hace años y en la actualidad muchos de quienes se han intervenido más recientemente en otros centros u hospitales.

El Bypass Gástrico de Una Anastomosis (BAGUA), elimina el asa alimentaria y por tanto suprime la segunda anastomosis de riesgo, sin necesidad de seccionar el intestino ni el mesenterio y por ello se minimiza en extremo la posibilidad de complicaciones graves o mortales. Desaparecen las hernias internas y las complicaciones descritas, e incluso la posibilidad de problemas en la anastomosis gastro-yeyunal es menor y más fácilmente controlable, debido al acceso endoscópico directo. Igualmente el posible índice de fugas o fístulas es mucho menor debido a la mayor irrigación sanguínea del reservorio gástrico y a que ni el intestino ni el mesenterio se seccionan, por lo que el aporte sanguíneo a la anastomosis es completo.
Nuestro modelo de Bypass de una anastomosis es más seguro en la pérdida de peso porque incorpora una mucho mayor malabsorción intestinal a expensas del asa bilio-pancreática, que es medida y ajustada individualmente para cada paciente en función de las necesidades del mismo, de su grado y modelo de obesidad, de sus comorbilidades, de su edad, y de su riesgo cardio-vascular, con lo cual el grado de adelgazamiento es más intenso y mantenido en el tiempo. Un gran porcentaje de nuestros pacientes alcanzan el 100% de la pérdida de su sobrepeso o lo superan en los primeros años y lo mantienen muy bien en nuestros controles a más de doce años de seguimiento, con una muy buena resolución o eliminación de las comorbilidades asociadas, sobre todo la Diabetes tipo II, la Hipertensión, la Apnea del sueño o el colesterol y los triglicéridos. El confort digestivo es muy bueno después de los primeros meses de adaptación intestinal, nuestros pacientes "comen de todo", disfrutan de su vida personal, social o familiar y realizan una vida normal y saludable, libre de obesidad, de enfermedad y de complejos.

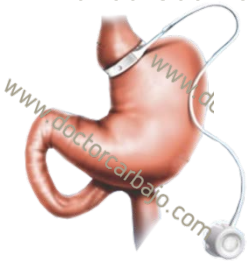
En definitiva: Nuestros estudios comparativos entre las dos técnicas con una experiencia personal de más de 22 años en ambas, demuestran que el Bypass de una sola Anastomosis con nuestras modificaciones, es muy superior al Bypass clasico en Y de Roux debido a su menor número de complicaciones tempranas y tardías y en un porcentaje de más de 25 puntos de diferencia a nuestro favor en la curva de descenso de peso y del IMC a medio y largo plazo.

La posibilidad de complicaciones o factores de riesgo asociados a la técnica es de 12 posibilidades frecuentes en la Y de Roux, frente a 3 en el Bypass de una sola Anastomosis, lo que minimiza extraordinariamente estos posibles problemas.

Y en nuestra experiencia, contrastada con la de otros grupos en el mundo, y extraída de la Base Central de Datos Europea dependiente del European Accreditation Council for Bariatric Surgery de IFSO, podemos afirmar que frente a más del 25% de complicaciones globales con la Y de Roux, hemos pasado al 0,015% actual con el Bypass Gástrico de una sola Anastomosis (BAGUA, Dr. Carbajo), con un índice de reconversiones a otra técnica del 0% a doce años.

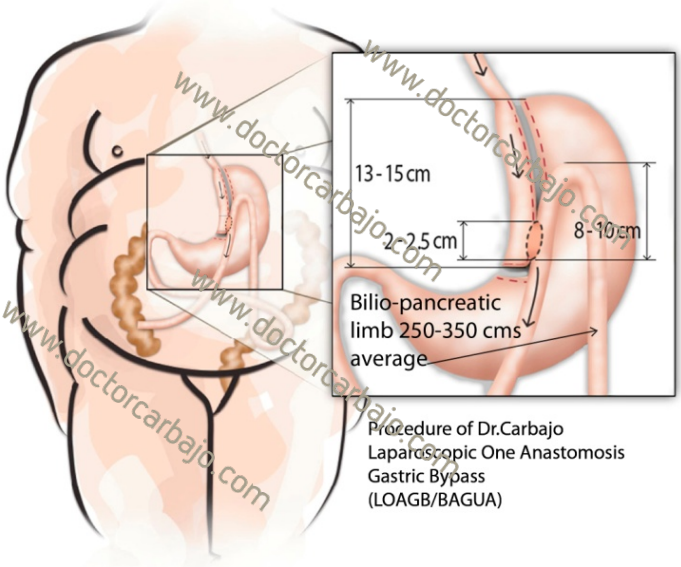
2.- Con Banda Gástrica, Manga Gástrica(Sleeve gastrectomy), Plicatura Gástrica, "Método POSE" y Bypass Gástrico de Una Anastomosis. Estas cuatro técnicas que solo actúan sobre el estómago representan procedimientos llamados "Simples" o Restrictivos.

Banda Gástrica



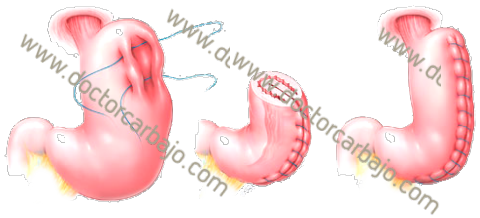
Manga Gástrica

BAGUA (Dr. Carbajo)



Método POSE

Plicatura Gástrica



Las cuatro surgieron a lo largo de los últimos 20 años para sustituir a la Gastroplastia Vertical Anillada (GVA), técnica también restrictiva con la que tuvimos una larga experiencia hasta hace unos 20-25 años en que los cirujanos que la realizábamos en aquellos tiempos comenzamos a eliminarla de nuestra estrategia quirúrgica por su larga serie de complicaciones a medio y largo plazo y la re-ganancia de peso a largo plazo en muchos de los pacientes.

Sin embargo ninguna de las demás técnicas restrictivas que llegaron para sustituirla, han mejorado sustancialmente a la GVA, ni han representado ninguna innovación eficaz, ni han reducido las complicaciones a corto, medio o largo plazo, ni la tasa de reintervenciones por fallos clínicos o terapéuticos.

1.- BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE

Se colocó por Laparoscopia por vez primera en el mundo en 1994 en Bélgica y dos años más tarde fuimos los pioneros en España en realizarlo por Laparoscopia, publicando la primera serie de pacientes con Obesidad Mórbida operados Laparoscopia de España en 1997. Pero en 1998 también reportamos por primera vez (Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, Vol 8, Nº 4,: 241-244), el hecho de que estas bandas de introducían en el interior del estómago, originando una catástrofe desconocida hasta entonces. Actualmente, y con una pésima experiencia del pasado, consideramos **que es una mala técnica** para el control de la obesidad, con muy alto grado de complicaciones y reintervenciones que pueden llegar en algunas series hasta el 60%, por lo que consideramos que no debe ser realizada para controlar la obesidad mórbida ni sus co-morbilidades asociadas. En estos momentos es habitual en nuestra práctica el retirar las Bandas que otros colegas han implantado para poder realizar una cirugía definitiva con el Bypass Gástrico de Una Anastomosis, **recordando que las re-intervenciones sólo deben ser realizadas por cirujanos bariátricos que posean una muy amplia experiencia debido a la complejidad y dificultades que entrañan las mismas.**

2.- MANGA GÁSTRICA

Implica la extirpación de una parte del estómago (Sleeve Gastrectomy), y es una **técnica irreversible**. Apareció hace escasos años como el primer tiempo de otra intervención más compleja (el Cruce Duodenal), y al principio se consideró como una intervención en dos tiempos: primero la extirpación gástrica y posteriormente cuando el paciente hubiera adelgazado en cierta proporción, realizar el Bypass con menor riesgo operatorio. Con el paso del tiempo, al ser una operación “relativamente simple”, muchos cirujanos generales se han dedicado a realizarla como procedimiento único y definitivo; y en ocasiones sin excesiva experiencia, lo que ha originado complicaciones perioperatorias muy graves en muchos casos e incluso una valorable tasa de mortalidad para tratarse de un procedimiento “simple”. Y cuando han comenzado a aparecer las primeras series con un mínimo de cinco años de seguimiento, al igual que con otras técnicas restrictivas, los altos porcentajes de reganancia de peso, reflujo ácido esófago-gástrico, estenosis y otras complicaciones han demostrado que con el tiempo más de la mitad de estos pacientes tienen que ser reintervenidos nuevamente para realizarles el Bypass u otras técnicas más complejas. En nuestra experiencia con un pequeño grupo de pacientes que tenían el intestino inutilizable por intervenciones previas y a los que realizamos una Manga Gástrica, la pérdida de peso ha sido muy escasa en relación con el resto de nuestra serie con Bypass Gástrico de Una Anastomosis, y sólo la realizamos en casos extremos en los que resulta imposible la realización de un Bypass por imposibilidad intestinal previa.

3.- PLICATURA GÁSTRICA

Consiste en suturar el estómago en capas progresivas hasta lograr que la capacidad del mismo sea relativamente pequeña, con el objeto de que el paciente no coma demasiado. Es una técnica muy antigua que se ha retomado en estos últimos años por laparoscopia. Su mecanismo es restrictivo puro y "vomitador", como la Banda o las Gastroplastias, pero con menos eficacia que las dos primeras y sin ninguna experiencia a largo plazo que demuestre su eficacia. No está exenta de complicaciones perioperatorias graves si no se tiene la suficiente experiencia y algunos de sus promotores iniciales ya la han abandonado, demostrando su escasa fiabilidad. En nuestra experiencia ya hemos reoperado algunos pacientes a quienes se realizó dicho procedimiento y su pérdida de peso había sido nula, por lo que a la propia obesidad mórbida hay que sumar el trabajar sobre un estómago completamente deformado, doblado, adherido a los órganos vecinos por unas suturas extremadamente gruesas e irreabsorbibles y que dificultan en extremo la transformación a un Bypass, debiendo tener una gran experiencia para poder afrontar con éxito este tipo de reintervenciones. Actualmente **no consideramos que sea una técnica válida** para el tratamiento de la Obesidad mórbida y sus enfermedades asociadas.

4.- MÉTODO POSE

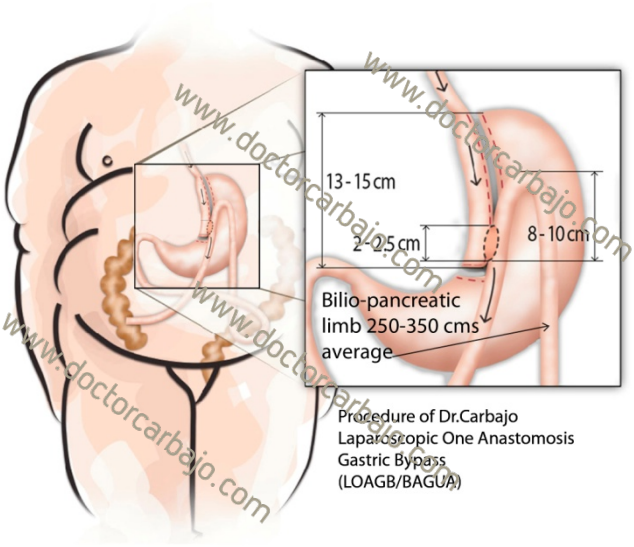
No es en realidad un procedimiento quirúrgico sino endoscópico. Se considera una técnica "experimental" y no se encuentra aceptada como procedimiento bariátrico. Ha sido divulgada ampliamente en los medios propagandísticos como "la cirugía sin cirugía" y en realidad deberíamos llamarlo "la cirugía de la ineficacia", ya que no existe ninguna evidencia de que pueda ser de utilidad para nadie que padezca una obesidad mórbida o comorbilidades severas. Las suturas internas aplicadas en el estómago se desprenden con total facilidad desde el mes siguiente a la intervención y la eficacia clínica es nula. En nuestra experiencia, hemos reoperado a varios pacientes a los que se había realizado dicha técnica; en todos ellos la pérdida de peso fue cero o incrementaron el peso previo y nos encontramos el estómago lleno de pequeñas grapas que dificultan, inflaman y fibrosan las paredes gástricas haciendo más complejo el proceso de reconversión a Bypass de Una Anastomosis. **No podemos recomendar en absoluto** dicho procedimiento para el tratamiento o control de la obesidad.

En definitiva: las técnicas Simples o Restrictivas más antiguas, han demostrado a lo largo de la historia su ineficacia para el control del peso y las comorbilidades vinculadas a la obesidad en al menos el 50% de los pacientes y las más recientes aún no tienen superado el análisis del tiempo como para poder afirmar lo contrario, aunque ya los reportes a corto y medio plazo que van apareciendo, nos están confirmando una evolución por el mismo camino. También ha sido ésa nuestra experiencia a lo largo del tiempo en los últimos 25 años trabajando en el estudio y tratamiento de la obesidad.

3.- Entre Bypass Biliopancreático y Cruce Duodenal con Bypass de Una Anastomosis. Las dos son consideradas técnicas "malabsortivas puras" e irreversibles..

Bypass Biliopancreático

BAGUA (Dr. Carbajo)



1.- Bypass BILIOPANCREÁTICO

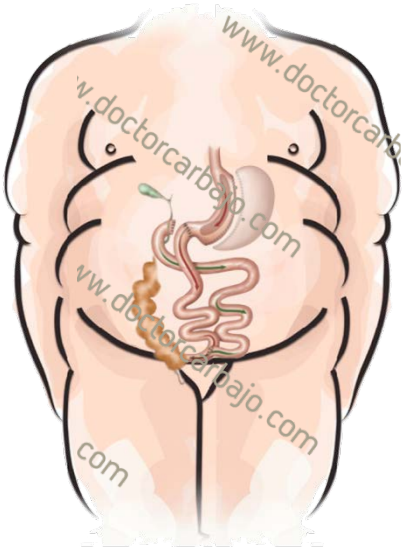
Fue diseñado hace más de 30 años en Génova (Italia) en la época en que la GVA comenzaba a presentar malos resultados. También se conoce como "Scopinaro", por el nombre de su autor. Es una intervención traumática y agresiva que modifica profundamente el tracto gastro-intestinal. Implica la extirpación de las tres cuartas partes del estómago y una intensa modificación de la fisiología intestinal, dejando solamente como asa común o absorbente los últimos 50 cms del ileon terminal. La sección transversal del estómago deja íntegra la parte del mismo que contiene más células productoras de grelina (hormona de la ansiedad o del apetito), con gran tendencia a su dilatación con el paso del tiempo y a poder ingerir grandes cantidades de alimentos, que tienen que neutralizar a expensas de una intensa y poco recomendable malabsorción "pura". Algo similar sucede con una variedad no conocida fuera de España y denominada "Bypass gastro-Ileal", en la que la sección gástrica es transversal y la anastomosis se realiza en el ileon terminal.

El Bypass Bilio-pancreático se popularizó hace unos años en España mediante cirugía abierta por su proximidad manual para cualquier cirujano digestivo y hasta épocas muy recientes no se consiguió realizarlo por laparoscopia; actualmente se han introducido varias modificaciones por el excesivo número de complicaciones peri y postoperatorias de la técnica, pero su popularidad es decreciente debido a la posibilidad de muy severas complicaciones de todo tipo.

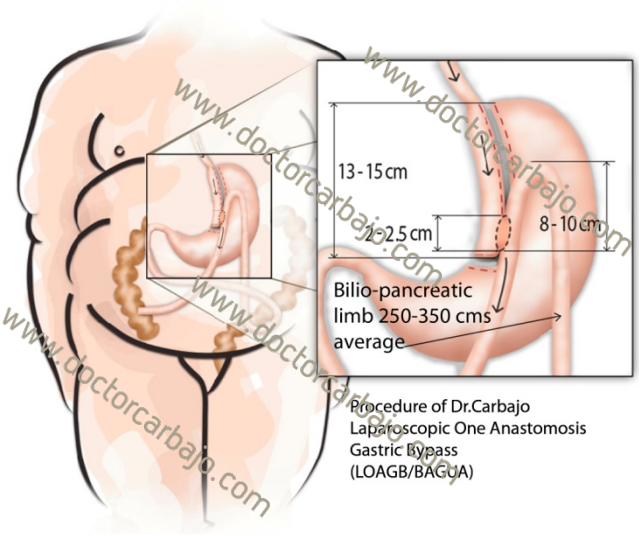
Sin duda actúa eficazmente en el descenso de peso, y eliminación de co-morbilidades, pero su excesiva malabsorción, unida al resto del traumático diseño de la técnica hacen de la misma que posea un elevado riesgo de complicaciones operatorias graves y a medio y largo plazo; obliga a precisos controles postoperatorios, analíticos y nutricionales continuados y de por vida, con suplementación absolutamente necesaria de macro y micronutrientes. En algunos casos han sido descritos por sus autores casos de malnutrición y decalcificación muy severa, intensas diarreas incapacitantes y obligación de reingresos reingresos hospitalarios múltiples, incluso en ocasiones con fallos hepáticos o necesidad de transplate. En realidad solo casos de superobesidad extrema serían posibles candidatos teóricos.

2.- CRUCE DUODENAL

Cruce Duodenal



BAGUA (Dr. Carbajo)



Presenta muchas similitudes con la anterior, y el mismo carácter traumático y agresivo para la integridad el tracto digestivo habitual, con la diferencia de que la extirpación de parte del estómago re realiza en forma longitudinal o de "Manga Gástrica" (más beneficioso por la extirpación de células productoras de grelina) y el asa común o absorbente es un poco más larga (1 metro, es decir un poco menos malabsortiva). Pero sin embargo la anastomosis a nivel duodenal es de muy elevado riesgo de fugas por sus propias características y al igual que en el bypass bilio-pancreático la posibilidad de complicaciones perioperatorias y malnutricionales a medio y largo plazo son muy graves.

Al igual que en la anterior técnica, los porcentajes de pérdida de peso y eliminación de co-,morbilidades, son muy buenos a largo plazo, pero el principal problema asociado es la necesidad de estrictos controles nutricionales de por vida, posibilidad de fallo hepático y que presenta índices de morbi-mortalidad poco permisibles en la experiencia de sus autores. Su popularidad ha descendido muy significativamente a expensas de la primera parte de la operación o "Manga Gástrica" previamente descrita, ya que aunque el descenso de peso sea menor y sus resultados no sean definitivos, al eliminar la segunda parte de la operación, (el bypass gastro-intestinal), la morbi-mortalidad disminuye y la tendencia es a una progresiva disminución de la misma. Realmente solo casos de super-obesidad extrema serían posibles candidatos teóricos.
En nuestra experiencia la llamada "malabsorción pura", no excluye el que algunos pacientes vuelvan a engordar nuevamente al cabo de los años, ya que hemos tenido en la consulta casos similares a los que por desgracia poco se puede hacer sin un elevado riesgo. Nuestra explicación se encuentra en que el largo trayecto de asa intestinal digestiva (sin jugos gastrointestinales), se transforma en absorbente en ciertos casos y el paciente vuelve a subir significativamente de peso. En nuestro Centro de Excelencia también hemos empleado el bypass bilio-pancreático en algún caso de reconversión de otras técnicas, ya que presenta menos complejidad quirúrgica que el bypass gástrico al realizar la sección transversal en un estómago ya manipulado previamente, **pero cuando hemos podido tener la posibilidad de poder comparar nuestros resultados a largo plazo (12 años) con Bypass de Una Anastomosis y este tipo de procedimientos considerados hasta ahora como de máxima eficacia en el descenso de peso, hemos podido comprobar que la curva de descenso de peso y de IMC es igual o muy similar a diez años que los publicados en la literatura, con mucha menor agresividad, mucho más fisiológica, e infinito menor índice de complicaciones a corto, medio y largo plazo.**

Igualmente, cuando comparamos los resultados de descenso de peso y de IMC según los registros del "European Accreditation Council for Bariatric Surgery", dependientes de la Federación Internacional de Sociedades de Cirugía de la Obesidad (IFSO), **entre el Bypass Gástrico de Una Anastomosis, el Bypass Gástrico en Y de Roux, la Manga Gastrica y la Banda Gástrica, las curvas comparativas de descenso de peso y del Indice de Masa Corporal (IMC), son estadísticamente muy significativas a favor de nuestro modelo de Bypass de Una Anastomosis frente a esas otras técnicas, lo que indica una mayor superioridad, seguridad y eficacia.**

Dr. Miguel Á. Carbajo Caballero