



Cartas al Director

Revisión quirúrgica bariátrica tras POSE



Bariatric revision surgery after POSE

Durante los últimos años, se han descrito diferentes técnicas endoscópicas con la intención de desplazar a la cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento de la obesidad¹. Entre ellas, el procedimiento Primary Obesity Surgery Endolumenal (POSE) aparece como técnica novedosa, menos invasiva y más segura en el tratamiento de la obesidad. En este procedimiento, el estómago se pliega en 8-9 localizaciones en el fundus y en 3-4 en antro mediante unas suturas específicas. Supuestamente, dichas áreas plicadas mecánica y fisiológicamente restringen el contacto del alimento con la superficie total del estómago. Los pliegues en antro modifican su forma y producen un enlentecimiento del vaciado gástrico, ayudando de esta manera al efecto saciante^{2,3}.

Presentamos un caso de una paciente de 41 años, a la que se le realizó un procedimiento POSE que tras 18 meses fracasa en lo referente a la pérdida de peso; acude a nuestra consulta por incremento de 12 kg con relación al que tenía antes del POSE para interesarse por una cirugía bariátrica. La paciente presentaba un IMC de 33 kg/m² así como hipertensión arterial antes de que se llevara a cabo el procedimiento endoscópico. A su llegada a la consulta, la paciente presentaba un IMC de 35 kg/m². En su estudio preoperatorio, se pide un tránsito gastroduodenal (se niega a realizarse una gastroscopia), en el que no se evidencia reflujo y se objetiva el estómago con buena motilidad y vaciamiento, con patrón de pliegues normales. No se objetivan imágenes de nicho ulceroso (fig. 1). Tras estudio completo por nuestro equipo multidisciplinar, la paciente se interviene para realizar una gastrectomía vertical laparoscópica. Durante la cirugía se evidencia una serie de adherencias al hígado (pequeñas) y en cara posterior gástrica (la gran mayoría). Durante la disección de curvatura mayor, no se objetiva ninguna imagen de plicatura o torsión, a excepción de las adherencias, y 2 zonas de engrosamiento (una en curvatura mayor y otra en antro). La impresión es la de encontrarnos frente a un estómago completamente normal. La cirugía se realiza completando la disección hasta el ángulo de Hiss y realizando la gastrectomía con endocortadora y refuerzo con sutura barbada de 2-0. Durante dichas maniobras, no se encuentra ninguna dificultad que difiera de un paciente no intervenido con anterioridad. Al examinar la pieza extraída, se

objetivan las 2 zonas de pliegues (en fundus y en antro) sin evidencias de una disminución de la capacidad gástrica (fig. 2). La paciente tras 48 h de ingreso es dada de alta.

La técnica POSE aparece acompañando a un número importante de técnicas endoscópicas que durante los últimos años tratan de reproducir las manipulaciones y los efectos fisiológicos con los que actúa la cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento de la obesidad mórbida^{1,4}. De esta manera, la POSE intenta reducir la capacidad para albergar alimentos e inducir saciedad precoz, así como enlentecer el vaciado gástrico mediante la realización de unos pliegues en el fundus y el antro gástrico.



Figura 1 – Tránsito EGD: sin evidencia de reflujo. Estómago con buena motilidad y vaciamiento con patrón de pliegues normales. No se objetivan imágenes de nicho ulceroso.



Figura 2 – Se muestran los 2 pliegues tras la gastrectomía vertical. Uno en fundus gástrico y otro en antro. Durante la intervención ambas zonas se palpaban engrosadas.

Hasta la fecha, tan solo un estudio se ha publicado por Espinós et al.⁵, que incluye a 45 pacientes obesos con un IMC medio de 36,7, en el que el seguimiento es tan solo de 6 meses. Presentan una reducción del IMC de 5,8 (31,3) y un SPSS de 49,4%. Concluyen que la POSE parece un procedimiento seguro y efectivo en cuanto a la pérdida de peso, sin el dolor, cicatrices y recuperación que presenta la cirugía. Deitel y Greenstein⁶ proponen el uso del porcentaje de IMC perdido (PIMCP) para valorar los resultados, de manera que se considera un resultado excelente si supera el 65%; bueno si se encuentra entre el 50 y el 65%; y fracaso cuando es menor de 50%. En el estudio reseñado, no utilizan el PIMCP, sino el PSP y el IMC perdido.

Vilallonga et al.⁷, en su respuesta al citado artículo, son conscientes de la poca cantidad de publicaciones que parecen defender la eficacia de la plicatura del fundus o incluso del antro gástrico, presumiblemente activando los receptores de la saciedad, o enlenteciendo el vaciamiento gástrico. Green que los mecanismos relacionados con la saciedad, la motilidad o incluso el volumen gástrico son complejos y no pueden ser explicados sencillamente por una reducción no medida del fundus gástrico.

En cualquier caso, no se pueden sacar conclusiones con una cohorte tan pequeña, y un seguimiento de tan solo 6 meses. Son necesarios estudios controlados, aleatorizados y bien diseñados para determinar la eficacia y seguridad tanto a corto como a largo plazo.

Posiblemente nos encontremos cada vez con más pacientes en los que haya fracasado un tratamiento de este tipo y acudan buscando una solución definitiva. Tal y como se expone en el caso, la realización de una gastrectomía vertical laparoscópica tras la práctica de un POSE no supone grandes cambios respecto a un paciente que no se haya realizado ninguna técnica gástrica con anterioridad. Tan solo hemos encontrado en nuestra paciente un pequeño engrosamiento a nivel de fundus y antro, que no dificultaban la disección ni la gastrectomía mediante el uso de endocortadora. Se recomienda, en cualquier caso, una técnica cuidadosa y minuciosa ya que, al igual que ocurre con la cirugía de revisión, el porcentaje de complicaciones podría

umentar en dichos pacientes^{8,9}. Se debe, por tanto, liberar las adherencias para mantener la anatomía normal gástrica, así como localizar las zonas de fibrosis y edema para evitar, en la medida de lo posible, realizar la sección en dicha zona. Recomendamos, a pesar de que no haya demostrado disminuir el riesgo de fístulas¹⁰, el refuerzo con sutura en la línea de sección en este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stimac D, Majanovic SK. The position of endoscopic procedures in the treatment of obesity. *Curr Clin Pharmacol*. 2013;8:238-46.
2. Jones KL, Doran SM, Hveem K, Bartholomeusz FD, Morley JE, Sun WM, et al. Relation between postprandial satiation and antral area in normal subjects. *Am J Clin Nutr*. 1997;66:127-32.
3. Geliebter A, Schachter S, Lohmann-Walter C, Feldman H, Hashim SA. Reduced stomach capacity in obese subjects after dieting. *Am J Clin Nutr*. 1996;63:170-3.
4. Espinet-Coll E, Nebreda-Durán J, Gómez-Valero JA, Muñoz-Navas M, Pujol-Gebelli J, Vila-Lolo C, et al. Current endoscopic techniques in the treatment of obesity. *Rev Esp Enferm Dig*. 2012;104:72-87.
5. Espinós JC, Turró R, Mata A, Cruz M, da Costa M, Villa V, et al. Early experience with the Incisionless Operating Platform™ (IOP) for the treatment of obesity: The Primary Obesity Surgery Endolumenal (POSE) procedure. *Obes Surg*. 2013;23:1375-83.
6. Deitel M, Greenstein RJ. Recommendations for reporting weight loss. *Obes Surg* [Internet]. 2003;13:159-60.
7. Vilallonga R, Himpens J. Reply to the article Espinós JC, Turró R, Mata A, Cruz M, da Costa M, Villa V, Buchwald JN, Turró J. Early experience with the Incision less Operating Platform- (IOP) for the treatment of obesity: The Primary Obesity Surgery Endolumenal (POSE) procedure. *Obes Surg*. 2013;23:1375-83. *Obes Surg*. 2014;24:422-3.
8. Abou Rached A, Basile M, el Masri H. Gastric leaks post sleeve gastrectomy: Review of its prevention and management. *World J Gastroenterol*. 2014;20:13904-10.
9. Shimizu H, Annaberdyev S, Motamarry I, Kroh M, Schauer PR, Brethauer SA. Revisional bariatric surgery for unsuccessful weight loss and complications. *Obes Surg*. 2013;23:1766-73.
10. Dapri G, Cadière GB, Himpens J. Reinforcing the staple line during laparoscopic sleeve gastrectomy: Prospective randomized clinical study comparing 3 different techniques. *Obes Surg*. 2010;20:462-7.

Manuel Ferrer-Márquez*, Manuel Ferrer-Ayza, Francisco Rubio-Gil, María José Torrente-Sánchez y Antonio Martínez Amo-Gámez

Equipo Obesidad Almería, Hospital Mediterráneo, Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Manuferrer78@hotmail.com (M. Ferrer-Márquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.12.009>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.