

Comentario

J. Joaquín Resa, Jorge Solano, José Antonio Fatás, Juan Luis Blas, Alejandro García, Andrés Monzón, Jorge Escartín y Javier Lagos
Hospital Royo Villanova. Zaragoza. España.

La evolución a lo largo del tiempo de las técnicas quirúrgicas antiobesidad está dando la razón a los partidarios de las intervenciones más agresivas. Es frecuente apreciar cómo cirujanos que inician programas de cirugía bariátrica con técnicas restrictivas, al obtener sus resultados a medio plazo, abandonan esas técnicas para reanudar su proyecto con técnicas malabsortivas, más seguras respecto al adelgazamiento pero más complejas en cuanto a la técnica y el seguimiento. Esto lo hemos comprobado en cirujanos bariátricos de renombre en España y el extranjero.

Analizando la bibliografía y atendiendo a las experiencias de nuestros compañeros, descubrimos que incluso aquellos que practican el *bypass* gástrico, una técnica mixta que participa, por lo tanto, en cierto grado de la malabsorción, la ven insuficiente en pacientes superobesos y tratan de incrementar su efectividad realizando pies de asas cada vez más bajos, o lo que es lo mismo, más próximos al *bypass* biliopancreático. De este modo, el *bypass* biliopancreático o derivación biliopancreática se está afianzando como una técnica de referencia.

En sentido contrario, los cirujanos que tienen experiencia con la derivación biliopancreática conocen que se trata de una intervención con complicaciones metabólicas potencialmente graves, como ya indicó Scopinaro¹, y corroboran nuestros compañeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Por esta razón, asistimos a una tendencia de moderación de la técnica de Scopinaro, bien mediante la prolongación del asa alimentaria e incluso del asa común, o mediante la descripción de variantes como la de Larrad² o el cruce duodenal³, que supone una gastrectomía con un vaciamiento gástrico mejor modulado, y unas asas digestiva y común más largas.

Esto nos hace pensar que estamos asistiendo al inicio de un nuevo período en la historia de la cirugía bariátrica, donde además desempeñará un papel importante la cirugía laparoscópica. Dicho período nos hará enfrentarnos a grandes retos que se asientan en 3 pilares fundamentales. Primero, debemos realizar intervenciones que garanticen el adelgazamiento a largo plazo, adecuándolas a las condiciones físicas (índice de masa corporal [IMC]) y psicológicas de los pacientes, ofreciendo además una buena calidad de vida respecto a la ingesta (el *bypass* biliopancreático cumple estas condiciones como podemos apreciar en los excelentes resultados de nuestros compañeros de Santander). Segundo, debemos establecer con mayor precisión la magnitud de la gastrectomía, la medida del asa digestiva y, tal vez, la medida del asa co-

mún para que, manteniendo los resultados de adelgazamiento, disminuyan las complicaciones metabólicas. Este es un problema que requiere una puesta en común ya que el *bypass* biliopancreático es una intervención con un diseño meramente empírico. Nadie conoce antes de operar a un paciente la longitud de su intestino, su tránsito, su capacidad de absorción en los diferentes tramos y, mucho menos, su capacidad para liberar energía de la grasa almacenada. Tampoco está cuantificada, por ejemplo, la repercusión metabólica que puede mediar el reflujo de alimento al asa biliopancreática. Aunque Scopinaro estableció el diseño que ha hecho de su técnica una intervención sólida, él mismo ha ido introduciendo modificaciones y casi todos los cirujanos que la practican adecuan las medidas según su experiencia. Tercero, la cirugía laparoscópica está irrumpiendo con fuerza en el tratamiento de la obesidad. El objetivo principal de la miniinvasión debe ser disminuir las complicaciones inherentes a la técnica, ya sean derivadas del dolor a corto plazo o de la pared a largo plazo. Ha quedado demostrado que la derivación biliopancreática puede realizarse por vía laparoscópica siguiendo los mismos principios técnicos que en la cirugía abierta⁴⁻⁶. El problema fundamental estriba en el hecho que pone en evidencia el Dr. Domínguez por su propia experiencia y nosotros ratificamos por la nuestra: la derivación biliopancreática laparoscópica es una técnica difícil y requiere una curva de aprendizaje muy dura, que no todo el mundo puede o está dispuesto a superar.

Cuando iniciamos, en el año 2000, nuestro programa de cirugía de la obesidad, elegimos la derivación biliopancreática como técnica de elección para ofrecer a nuestros pacientes, por las razones ya comentadas: es muy segura respecto al adelgazamiento y ofrece una excelente calidad de vida respecto a la ingesta. Desde el principio utilizamos la cirugía laparoscópica y diseñamos la intervención según nuestro criterio, puesto que no conocíamos antecedentes de su realización mediante esta vía de abordaje. Hemos de advertir que, en nuestro servicio, prácticamente todas las técnicas de cirugía digestiva se han realizado por laparoscopia, existía una experiencia previa experimental en cerdos y un importante bagaje en cirugía laparoscópica avanzada. Dedicamos nuestro esfuerzo a la cirugía laparoscópica con los objetivos de disminuir las hernias incisionales y mejorar la recuperación de los pacientes, objetivos que en la actualidad se han alcanzado.

Comprendimos que las medidas originales de Scopinaro (50 cm de asa común y 200 de asa digestiva) podían ser adecuadas para pacientes con IMC mayor de 50 kg/m² y que debían ser menos agresivas en IMC de 40-49,5 kg/m² en los que hemos estado practicando la técnica de Larrad.

Otra aportación de nuestro grupo ha sido entender que la exéresis del estómago distal no era obligatoria en todos los casos, por lo que en algunos pacientes preservamos dicho estómago como se viene realizando en el *bypass* gástrico. También entendimos que la gastrectomía

distal ha de llevarse a cabo en ciertas ocasiones, como debería practicarse también en el *bypass* gástrico. Este concepto abre el abanico de la protocolización y obliga a practicar endoscopia digestiva alta con biopsia gástrica. Nosotros preservamos el estómago distal si la endoscopia digestiva alta con biopsia no muestra signos de gastritis crónica, metaplasia, displasia, úlcera o resistencia al tratamiento médico erradicador de *Helicobacter pylori*. Suponemos que con estos mismos criterios están preservando el estómago distal en la cirugía laparoscópica los autores del artículo.

Evitar la gastrectomía es una opción muy interesante para reducir dificultades técnicas, tensión en el cirujano, tiempo operatorio, estrés en el paciente, y probablemente morbilidad y mortalidad postoperatoria. Por otro lado, la preservación del estómago distal, con una sección superior horizontal, puede ocasionar un aumento de las úlceras en la anastomosis gastroeyunal, lo que obliga a dejar una bolsa gástrica pequeña con transección a menos de 5 cm del ángulo de His.

Así pues, nuestro empeño se ha traducido, por el momento, en 3 direcciones:

1. Adaptar la técnica a las condiciones concretas del paciente variando la longitud del asa digestiva según el IMC de cada paciente.

2. Realizar una endoscopia digestiva alta preoperatoria rutinaria para descubrir posibles patologías del esófago, estómago y duodeno, lo que nos permitirá poder resolverlas antes de la derivación biliopancreática, en caso de precisarlo, y realizar la gastrectomía tan sólo en los pacientes que realmente la necesiten.

3. Protocolizar el abordaje laparoscópico para realizarlo con tan sólo 4 o 5 trocares, con gestos bien meditados y en un tiempo aceptable (entre 2,5 y 3 h).

Como podemos intuir de todo lo descrito anteriormente, nos encontramos en el punto de partida de un período en el que el intercambio de experiencias entre cirujanos, la colaboración entre servicios y el consenso de expertos será imprescindible para dar respuesta a las incógnitas que quedan por resolver.

Bibliografía

1. Scopinaro N, Adami GF, Marinari GM, et al. Biliopancreatic diversion. *World J Surg* 1998;22:936-46.
2. Sanchez-Cabezudo C, Larrad A, Ramos I, et al. Resultados a 5 años de la derivación biliopancreática de Larrad en el tratamiento de la obesidad mórbida. *Cir Esp* 2001;70:133-41.
3. Marceau P, Hould FS, Simard S, Lebel S, Bourque RA, Potvin M, et al. Biliopancreatic diversion with duodenal switch. *World J Surg* 1998;22:947-54.
4. Paiva D, Bernardes L, Suretti L. Laparoscopic biliopancreatic diversion: Technique and initial results. *Obes Surg* 2002;12:358-61.
5. Scopinaro N, Marinari GM, Camerini G. Laparoscopic Standard biliopancreatic diversion: Technique and preliminary results. *Obes Surg* 2002;362-5.
6. Resa J, Solano J. Laparoscopic biliopancreatic diversion for morbid obesity. *Obes Surg* 2001;11:400.