



Carta al Director

Acerca de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en un paciente con un índice de masa corporal 30 kg/m² y gastroplastia vertical endoscópica previa: indicación para un *bypass* gástrico de una anastomosis: respuesta a la carta al director



Gastroesophageal reflux disease in a patient with a body mass index of 30 kg/m² and previous endoscopic sleeve gastroplasty: Indication for a one-anastomosis gastric bypass. Response to a letter to the editor

Apreciamos los comentarios constructivos escritos por García Ruiz de Gordejuela et al.¹ sobre nuestro artículo anteriormente publicado. Como bien mencionan en su carta, el tratamiento antirreflujo convencional está descrito como una opción de tratamiento eficaz en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) e índice de masa corporal (IMC) por debajo de 35 kg/m². Las funduplicaturas reducen la capacidad funcional gástrica y, por tanto, podrían considerarse como procedimientos bariátricos restrictivos parciales². Teniendo en cuenta las condiciones especiales de la paciente mencionada, con fracaso de un procedimiento endoscópico restrictivo previo y la persistencia de diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, la simple realización de una funduplicatura podría haberle mejorado la sintomatología asociada a la ERGE, pero difícilmente hubiera conseguido una mayor reducción de peso ni mejoría de las comorbilidades asociadas. Aunque teóricamente tras una técnica endoscópica restrictiva, el fundus apenas debería presentar alteraciones anatómicas, en este caso objetivamos una plicatura de un segmento considerable del mismo, lo que, incluso en el caso que nos hubiésemos planteado la realización de una funduplicatura, esta habría sido técnicamente imposible.

La American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) acepta la indicación de cirugía bariátrica en aquellos pacientes con un IMC de 30-35 kg/m² y comorbilidades asociadas a la

obesidad, que no consigan una razonable pérdida de peso o mejoría de las comorbilidades con tratamiento no quirúrgico³. Sin embargo, en su documento de consenso, no especifican la técnica bariátrica ideal a realizar en estos pacientes ni establecen tampoco contraindicación para someterse a procedimientos malabsortivos. Hasta la fecha, la técnica de elección para el tratamiento de la ERGE asociada a la obesidad sería el *bypass* gástrico en Y de Roux. Sin embargo, esta cirugía como procedimiento de revisión tras una técnica restrictiva previa fallida, no alcanza tasas de remisión completa de la diabetes mellitus superiores al 35%⁴. En nuestra experiencia con el *bypass* gástrico de una anastomosis (OAGB) como técnica de revisión tras procedimientos restrictivos, la tasa de remisión completa de la diabetes mellitus supera el 75% tras 10 años de seguimiento⁵.

Uno de los puntos más controvertidos del OAGB es el reflujo biliar. Efectivamente, hay trabajos que describen una tasa de reflujo biliar próxima al 10%, si bien estas series se refieren a pacientes sometidos a Mini gastric bypass (MGB). Aunque el documento de consenso de la International Federation for Surgery of Obesity (IFSO) sobre OAGB acordó que todos los procedimientos bariátricos con una única gastroenteroanastomosis deben denominarse OAGB⁶, la técnica que realizamos nosotros presenta unas modificaciones significativas sobre el MGB original, tales como realizar un reservorio gástrico más

largo, una anastomosis calibrada a 2,5 cm y una sutura latero-lateral desde el asa biliar al reservorio gástrico, todas ellas con el fin de reducir el riesgo de reflujo biliar. En nuestra serie, la tasa de reflujo biliar tras 12 años de seguimiento era del 2,2%, siendo necesaria la reintervención por esta causa en el 0,25% de los casos⁵. La medición de la longitud intestinal total nos permite dejar un asa intestinal común para absorción suficientemente larga como para que el estado nutricional de los pacientes no se vea comprometido en el postoperatorio.

En la actualidad, tras 2 años de seguimiento, la paciente descrita continúa con un IMC de 24,8 kg/m² y en remisión completa de su diabetes mellitus y dislipidemia, sin mostrar datos de carencias nutricionales. A pesar de esto, coincidimos con los autores de la carta en que la evidencia actual disponible sobre la indicación de realizar un OAGB en pacientes con ERGE y obesidad grado 1 es escasa. No obstante, creemos que esta técnica puede plantearse como una alternativa de tratamiento para pacientes con estas características.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Ruiz de Gordejuela A, Vilallonga Puy R, Roriz da Silva R, Fort López-Barajas JM. Acerca de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en un paciente con un IMC 30kg/m² y gastroplastia vertical endoscópica previa: indicación para un bypass gástrico de una anastomosis. *Cir Esp.* 2019;97:547-8.
2. Yates RB, Oelschlager BK. Surgical treatment of gastroesophageal reflux disease. *Surg Clin North Am.* 2015;95:527-53.
3. Aminian A, Chang J, Brethauer SA, Kim JJ, American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Clinical Issues Committee. ASMBS updated position statement on bariatric surgery in class I obesity (BMI 30-35 kg/m²). *Surg Obes Relat Dis.* 2018;14:1071-87.
4. Aleassa EM, Hassan M, Hayes K, Brethauer SA, Schauer PR, Aminian A. Effect of revisional bariatric surgery on type 2 diabetes mellitus. *Surg Endosc.* 2019;33:2642-8.
5. Carbajo MA, Luque de Leon E, Jimenez JM, Ortiz-de-Solórzano J, Pérez-Miranda M, Castro-Alija MJ. Laparoscopic One-Anastomosis Gastric Bypass: Technique, Results, and Long-Term Follow-Up in 1200 Patients. *Obes Surg.* 2017;27:1153-67.
6. De Luca M, Tie T, Ooi G, Higa K, Himpens J, Carbajo MA, et al. Mini Gastric Bypass-One Anastomosis Gastric Bypass (MGB-OAGB)-IFSO Position Statement. *Obes Surg.* 2018;28:1188-206.

Jaime Ruiz-Tovar

Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

Correo electrónico: jruiztovar@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.10.006>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.