

## XIII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida y Enfermedades Metabólicas. 6-8 Abril 2011.

### CIRUGIA DE REVISION TRAS FRACASO TERAPEUTICO CON BANDA GASTRICA: NUESTRA EXPERIENCIA Y RESULTADOS.

Ferrer Valls JV\*, Sanahuja Santafé A\*, Pérez Folques JE\*, Saiz Saiz-Sapena N\*\*, Cester Ves D\*\*\*. \*Cirujano general y digestivo, \*\*Anestesiólogo, \*\*\*Diplomada Enfermería. Clínica Obésitas. Hospital 9 de Octubre. Valencia. "dr.ferrer@clnicasobesitas.com"

**Introducción y objetivos:** La banda gástrica se ha convertido en un tratamiento muy popular por su simplicidad quirúrgica, aunque una vez implantada, es muy exigente para el paciente, restando calidad de vida en la ingesta y con una tasas de fracasos terapéuticos no desdeñable. Aun así, ha sido un tratamiento excelente para muchos pacientes. Nuestro objetivo es analizar la cirugía de revisión por fracaso con la Banda Gástrica, proponiendo detalles sobre la selección del nuevo procedimiento y detalles técnicos sobre el manejo quirúrgico.

**Pacientes y método:** Entre Enero de 2006 y Enero de 2009 hemos intervenido a 107 pacientes obesos con la técnica de Banda gástrica ajustable por laparoscopia (BGAL). Las bandas utilizadas han sido la banda sueca de baja presión de Ethicon Endosurgery<sup>R</sup> y la Lap Band de Allergan<sup>R</sup>. Todos los pacientes presentaban un IMC >35. En todos los casos se ha realizado un seguimiento postoperatorio protocolizado, multidisciplinar, con un método de hinchado de la banda progresivo, sobre un test que cuantificaba el grado de exigencia de la banda para el paciente, con el fin de evitar hinchados excesivos. El periodo de intervención o apoyo al paciente tenía una duración de dos años, y se seguía de revisiones anuales. Hemos considerado *fracaso terapéutico completo*, un %SPP final <25%, ya sea por ingesta excesiva o fallos de la banda gástrica (deslizamiento, dilatación esofágica...) que obligasen a su deshinchado.

**Resultados:** Hemos encontrado fracaso completo en 10 pacientes (9,3%), que obligó a la retirada de la banda gástrica. El peso, IMC, peso perdido y %SPP, inicial y en las distintas fases, se muestra en la Figura-I. Tiempo medio desde la colocación hasta la retirada: 28.2 meses (8-68). Todos los pacientes presentaron diferentes grados de disfunción esofágica, en 3 casos dilataciones esofágicas (>35mm de diámetro), en 4 casos deslizamiento de la banda, en 3 casos el estudio gastroesofágico era normal. La retirada de la banda se ha realizado en todos los casos por vía laparoscópica en 8 casos se convirtió en gastroplastia tubular, en 1 caso se convirtió en by-pass gástrico y en 1 caso se retiró la banda sin realizar ninguna otra técnica por deseo del paciente. Todas las intervenciones se hicieron en un tiempo quirúrgico y por laparoscopia. No hubo ninguna reintervención. No ingresos en UCI. Estancia media 2,5 días. No reingreso hospitalario a 30 días. Se comentan recomendaciones técnicas para la transformación a gastrectomía tubular y a bypass gástrico (mediante fragmentos grabación).

	Inicial(BGA)	Cirugía de revisión	6 meses
<b>Peso medio</b>	116,5	108	77,2
<b>IMC</b>	41,3	38,7	32,4
<b>Peso perdido</b>	0	8,5	22,1
<b>%SPP</b>	0	17.5	48,4

#### Conclusiones:

1. La causa principal de retirada de la banda es la pérdida inadecuada de peso, asociada a disfunción esofágica y muchas veces a movilización de la banda.
2. La retirada y realización de una nueva técnica quirúrgica, puede hacerse por vía laparoscópica y en un solo tiempo quirúrgico, aunque en manos expertas.
3. En nuestra experiencia la gastroplastia tubular ha sido la técnica más frecuentemente utilizada tras la retirada de la banda.