

## LA GASTRECTOMÍA VERTICAL, “BORN TO LOSE, LIVE TO WIN”

A SÁNCHEZ PERNAUTE  
JEFE DE SECCIÓN  
CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA Y DE LA OBESIDAD MÓRBIDA  
Hospital Clínico San Carlos (Madrid)  
[pernaute@yahoo.com](mailto:pernaute@yahoo.com)

En los primeros meses del presente siglo se produjo un hecho que con el paso del tiempo ha significado, a nuestra forma de ver, uno de los grandes momentos de la cirugía bariátrica, y de la cirugía digestiva en general. Fue una jornada en la que Michel Gagner, experto cirujano en todas las técnicas mínimamente invasivas, innovador técnico donde los haya, fue derrotado por un paciente y por una técnica, al no poder completar el cruce duodenal programado. Decidió entonces detener su intervención solamente con una gastrectomía vertical, sin completar el componente malabsortivo, pensando realizarlo más adelante tras una pérdida de peso adecuada; y esto nunca sucedió porque la pérdida fue mayor de lo esperado, y se perpetuó en el tiempo.

En su corta historia como técnica bariátrica, la gastrectomía vertical, nacida como un fracaso, ha constituido por sí misma una auténtica revolución en la cirugía de la obesidad. No solamente ha llegado a ser una de las cirugías bariátricas más frecuentemente realizada en el mundo, sino que ha contribuido a un gran cambio de conceptos en nuestra especialidad. Este cambio se puede resumir en tres pilares fundamentales: el nuevo concepto de restricción, la predisposición de la técnica para la revisión quirúrgica y el nacimiento de la cirugía por etapas.

La adaptación gástrica, un nuevo concepto de restricción. La teoría no es nuestra, sino de Sergio Santoro, pero nos parece tan importante que merece la pena comentarla. La gastrectomía vertical fue denostada por su similitud con técnicas restrictivas que habían demostrado ya durante más de una década su orientación hacia el fracaso, como la banda

gástrica, la gastroplastia vertical anillada o la menos conocida Maagenstrasse & Mill. Parecía la eterna reinención de la rueda que comenta MAL Fobi y que nos caracteriza de forma recurrente a los cirujanos. Sin embargo la gastrectomía vertical representa un cambio en el concepto de la restricción basado en el abandono de la creación de una estenosis y el paso a la realización de una disminución homogénea de la capacidad del estómago. Las estenosis suponen una enfermedad, ya que comprometen el vaciamiento esofágico, manteniendo abierto el esfínter esofágico inferior, con la consecuente regurgitación frecuente y el reflujo gastroesofágico. Frente a esto la gastrectomía vertical consiste en una adaptación de la cámara gástrica a los hábitos alimentarios del omnívoro moderno, que come frecuentemente alimentos hipercalóricos que no precisan ser ingeridos en gran cantidad para abastecerle de energía. En la evolución los mamíferos y los herbívoros se distinguen en su volumen gástrico por haberlo adaptado al tipo de ingesta, siendo el de los primeros muy pequeño cuando se compara con el de los segundos, animales que precisan alimentarse con grandes volúmenes de comida debido al escaso poder calórico que posee su dieta. El cirujano moldea en unos minutos lo que la naturaleza tarda milenios en conseguir, adaptar el volumen gástrico al modo de vida actual.

La gastrectomía vertical, nacida para fracasar. En segundo lugar, la gastrectomía vertical se puede considerar la técnica más humilde, ya que nace como un fracaso y está conducida al fracaso. Desde su diseño inicial está preparada para ser revisada hacia una u otra técnica; hacia un bypass gástrico en los pacientes menos problemáticos o hacia un cruce duodenal en los más obesos o más severamente enfermos. Aquí radica uno de sus grandes triunfos: una pérdida insuficiente no es un fracaso, es lo esperado. Tras una gastrectomía vertical, lo que llamaba inicialmente la atención era pues la pérdida adecuada. Y cuando se produce un fracaso, la solución es inmediata, pues ya estaba en la mente del cirujano el día de la realización de la gastrectomía. Esto es otra victoria frente a las cirugías supuestamente definitivas, que cuando fracasan tienen soluciones enormemente difíciles, o no las tienen.

La cirugía por etapas. Y en tercer lugar, en íntima relación con lo expuesto en el párrafo anterior, con la gastrectomía vertical nace la cirugía por etapas. Fue una intención secuencial la que tuvo Gagner en el primer procedimiento, y su propuesta ganó fuerza con los trabajos de DeMaria demostrando la disminución de la morbimortalidad asociada a la estadificación de la cirugía. La gastrectomía vertical disminuía las complicaciones postoperatorias, pero también los efectos secundarios metabólicos asociados a las cirugías bariátricas derivativas, por lo que fue ganando ventaja en el panorama del tratamiento de la obesidad. Pocos años después de su nacimiento, Michel Gagner y nuestro querido Aniceto Baltasar propusieron algo que parecía una transgresión de las normas de la cirugía de la obesidad: ante el fracaso ponderal tras una gastrectomía vertical la técnica que proponían era....¡una nueva gastrectomía vertical!. De nuevo la reinención de la rueda de Fobi, con el recuerdo de los regrapados. El sentido de esta propuesta se basaba sin embargo en la detección de errores anatómicos en la confección del

primer tubular, que podrían ser corregidos con un nuevo intento de remodelado del mismo. Rápidamente la propuesta fue ganando adeptos, y se comunicaron muy buenos resultados con “re-sleeves”; sobre todo cuando en la balanza se añadía la baja tasa de complicaciones inmediatas y de secuelas a medio o largo plazo. Las re-sleeves se siguieron de las plicaturas para corregir gastrectomías “malformadas” disminuyendo más el riesgo, y con la progresión de las técnicas endoscópicas, a esto se añadieron también los reajustes endoluminales. La banda ajustable se ha apuntado igualmente a perpetuar el éxito de la sleeve. La cirugía bariátrica abre un campo en el que el paciente y el cirujano van buscando la técnica idónea mediante pequeños ajustes poco agresivos sobre una gastrectomía vertical inicial, como el artista va consiguiendo la figura perfecta remodelando con su cincel la basta estructura de piedra inicial.

La gastrectomía vertical ha conseguido un gran triunfo gracias a su discreta aparición en el escenario de la cirugía bariátrica. Sus éxitos radican en la escasa confianza inicial en ella, de tal manera que tras poco más de una década de historia ha conseguido hacer bueno el famoso tatuaje de Lemmy Kilmister, “born to lose, live to win”.

## **GASTRECTOMIA SLEEVE**

## **RE-SLEEVE**

## **BIBLIOGRAFIA**

Regan JP, Inabnet WB, Gagner M, Pomp A. Early experience with two-stage laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass as an alternative in the super-super obese patient. *Obes Surg* 2003; 13:861-4.

Santoro S. Is sleeve gastrectomy a restrictive or an adaptative procedure? Reflections on the concept of restriction and adaptation. *Ann Surg* 2012; 252:892-3.

Fobi MAL. Rediscovering the wheel in obesity surgery. *Obes Surg* 1997; 7:370-2.

DeMaria EJ, Murr M, Byrne TK, Blackstone R, Grant JP, Budak A, Wolfe L. Validation of the obesity surgery mortality risk score in a multicenter study proves it stratifies mortality risk in patients undergoing gastric bypass for morbid obesity. *Ann Surg* 2007; 246:578-82.

Baltasar A, Serra C, Pérez N, Bou R, Bengochea M. Re-sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2006; 16:1535-8.

Gagner M, Rogula T. Laparoscopic reoperative sleeve gastrectomy for poor weight loss after biliopancreatic diversion with duodenal switch. *Obes Surg* 2003; 13:649-54.

Abu Dayyeh BK, Rajan E, Gostout CJ. Endoscopic sleeve gastroplasty: a potential endoscopic alternative to surgical sleeve gastrectomy for treatment of obesity. *Gastrointest Endosc* 2013; 78:530-5.