



Centro de Excelencia

PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD
Y ENFERMEDADES METABÓLICAS

Dr. D. Miguel Angel Carbajo Caballero
Director



“Ventajas y diferencias del Bypass de una Anastomosis (BAGUA, Técnica Dr. Carbajo), con Bypass Gástrico “clásico” en Y de Roux ”

Dr. Miguel Á. Carbajo Caballero
Director of the Center of Excellence of the Surgery of Obesity
And Metabolic Diseases
Hospital Campo Grande, Valladolid, Spain



Centro de Excelencia

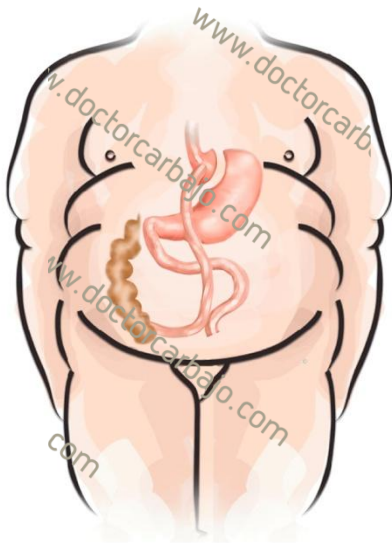
PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD
Y ENFERMEDADES METABÓLICAS

Dr. D. Miguel Angel Carbajo Caballero
Director

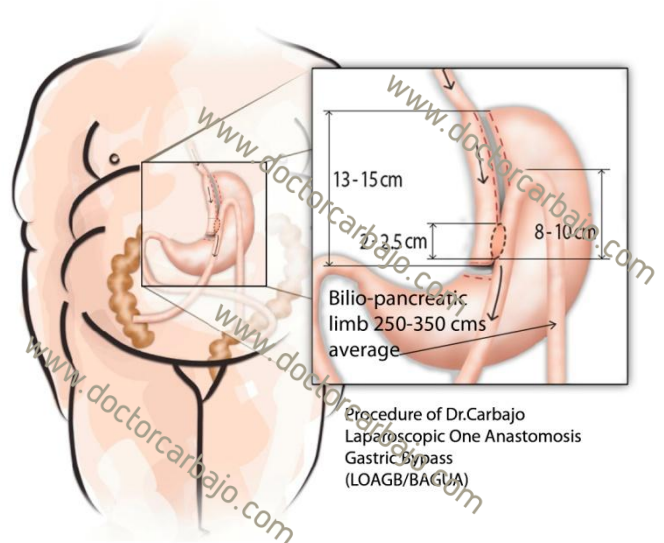


1.- Entre Bypass Gástrico "clásico" en Y de Roux y Bypass Gástrico de Una Anastomosis (BAGUA). Ambos son procedimientos "mixtos" (parcialmente restrictivos y parcialmente malabsortivos).

Y de Roux (no estandarizado,
dos anastomosis)



BAGUA (estándar Dr. Carbajo,
una anastomosis)



"El principal objetivo en la realización de un Bypass Gástrico es MINIMIZAR O ELIMINAR LAS COMPLICACIONES tempranas y tardías y conseguir buenos o EXCELENTES RESULTADOS a largo plazo"

El Bypass en Y de Roux convencional ha sido entre todos los modelos de Bypass disponibles el más utilizado en el mundo en los últimos 25 años. Nuestro grupo fue pionero en España con este tipo de Bypass hace más de 20 años, primero en cirugía abierta, después asistida por laparoscopia y finalmente por laparoscopia completa.

El principal problema del Bypass en Y de Roux es su alta posibilidad de desarrollar graves complicaciones perioperatorias, sobre todo en la curva de aprendizaje y que han sido estimadas en la literatura entre el 20-25%. Tiene dos anastomosis y ahí radica una de sus principales fuentes de problemas: en la segunda anastomosis o yeyuno-yeyunal, hay que seccionar el intestino y el mesenterio. Esto provoca un defecto mesentérico por el que están descritos entre el 2 al 20 % de problemas muy graves debidos a obstrucción intestinal por hernias internas que precisan reoperación urgente del paciente y riesgo de fallecimiento si se actúa tardíamente. Asimismo se pueden producir en el mismo lugar hemorragias incontrolables por endoscopia, fugas de la anastomosis, obstrucciones de la misma, estenosis, volvulaciones, intususcepciones y otras complicaciones todas ellas graves y que obligan a reintervención urgente, incluso muchos años después de haberse realizado la cirugía.



Centro de Excelencia

PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD
Y ENFERMEDADES METABÓLICAS

Dr. D. Miguel Angel Carbajo Caballero
Director



El otro problema principal se encuentra en que es un tipo de Bypass “corto”, es decir su malabsorción se encuentra muy limitada, con lo que el 25% de los pacientes con esta técnica van a reganar peso con el tiempo y en ocasiones volver a la misma situación anterior. Con las técnicas laparoscópicas actuales, esta posibilidad aumenta ya que muchos cirujanos sin excesiva experiencia realizan procedimientos muy limitados en la malabsorción para evitarse problemas durante la cirugía. Otras complicaciones tardías importantes son las úlceras marginales o de boca anastomótica, que se estiman en más del 5% de los operados y que puede obligar en muchos casos a la reintervención. Las estenosis gastro-yeyunales y el síndrome de Dumping severo, también están vinculados al Bypass en Y de Roux y también pueden precisar de una nueva intervención para resolverlos.

Por otra parte, siempre se deja un trayecto de intestino de 1-1.5 metros (asa alimentaria), por el que sólo pasa la comida antes de mezclarse con el jugo biliar-pancreático (que es lo que permite la digestión de los alimentos), hecho que nunca sucede en una persona normal y que provoca alteraciones de la mucosa intestinal, Dumping y malestar al paciente, con disconfort digestivo en muchos casos.

En nuestra experiencia, hemos tenido que reconvertir múltiples procedimientos de Bypass en Y de Roux convencional a Bypass Gástrico distal, algunos de nuestros propios pacientes de hace años y en la actualidad muchos de quienes se han intervenido más recientemente en otros centros u hospitales.

El Bypass Gástrico de Una Anastomosis (BAGUA), elimina el asa alimentaria y por tanto suprime la segunda anastomosis de riesgo, sin necesidad de seccionar el intestino ni el mesenterio y por ello se minimiza en extremo la posibilidad de complicaciones graves o mortales. Desaparecen las hernias internas y las complicaciones descritas, e incluso la posibilidad de problemas en la anastomosis gastro-yeyunal es menor y más fácilmente controlable, debido al acceso endoscópico directo. Igualmente el posible índice de fugas o fístulas es mucho menor debido a la mayor irrigación sanguínea del reservorio gástrico y a que ni el intestino ni el mesenterio se seccionan, por lo que el aporte sanguíneo a la anastomosis es completo.

Nuestro modelo de Bypass de una anastomosis es más seguro en la pérdida de peso porque incorpora una mucho mayor malabsorción intestinal a expensas del asa biliar-pancreática, que es medida y ajustada individualmente para cada paciente en función de las necesidades del mismo, de su grado y modelo de obesidad, de sus comorbilidades, de su edad, y de su riesgo cardiovascular, con lo cual el grado de adelgazamiento es más intenso y mantenido en el tiempo. Un gran porcentaje de nuestros pacientes alcanzan el 100% de la pérdida de su sobrepeso o lo superan en los primeros años y lo mantienen muy bien en nuestros controles a más de doce años de seguimiento, con una muy buena resolución o eliminación de las comorbilidades asociadas, sobre todo la Diabetes tipo II, la Hipertensión, la Apnea del sueño o el colesterol y los triglicéridos. El confort digestivo es muy bueno después de los primeros meses de adaptación intestinal, nuestros pacientes “comen de todo”, disfrutan de su vida personal, social o familiar y realizan una vida normal y saludable, libre de obesidad, de enfermedad y de complejos.



Centro de Excelencia

PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD
Y ENFERMEDADES METABÓLICAS

Dr. D. Miguel Ángel Carbajo Caballero
Director



En definitiva: Nuestros estudios comparativos entre las dos técnicas con una experiencia personal de más de 22 años en ambas, demuestran que el Bypass de una sola Anastomosis con nuestras modificaciones, es muy superior al Bypass clásico en Y de Roux debido a su menor número de complicaciones tempranas y tardías y en un porcentaje de más de 25 puntos de diferencia a nuestro favor en la curva de descenso de peso y del IMC a medio y largo plazo.

La posibilidad de complicaciones o factores de riesgo asociados a la técnica es de 12 posibilidades frecuentes en la Y de Roux, frente a 3 en el Bypass de una sola Anastomosis, lo que minimiza extraordinariamente estos posibles problemas.

Y en nuestra experiencia, contrastada con la de otros grupos en el mundo, y extraída de la Base Central de Datos Europea dependiente del European Accreditation Council for Bariatric Surgery de IFSO, podemos afirmar que frente a más del 25% de complicaciones globales con la Y de Roux, hemos pasado al 0,015% actual con el Bypass Gástrico de una sola Anastomosis (BAGUA, Dr. Carbajo), con un índice de reconversiones a otra técnica del 0% a doce años.