

Conferencias y Simposios

6 VOCES EN 10 MINUTOS: Cirugía metabólica

Coordinadora: Dra. Mabel Graffigna

3) Técnicas quirúrgicas vs balón ¿Sí? ¿No? ¿Cuál?

Dr. Pedro Martínez Duartez

Jefe del Servicio de Cirugía Bariátrica y Metabólica en Hospital Universitario Austral, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

La obesidad de etiología multicausal es una enfermedad crónica, progresiva, degenerativa, recidivante, que conlleva múltiples comorbilidades. Su terapéutica debe abordarla un equipo multidisciplinario, capaz de ofrecer las distintas alternativas terapéuticas en base a sus antecedentes, índice de masa corporal (IMC) y comorbilidades.

El balón intragástrico fue descrito por primera vez en 1980. Dependiendo de los modelos, su colocación puede ser vía endoscópica o digerible, ser relleno con líquido o gas, con una duración del implante que varía de 4 a 12 meses. El mecanismo de acción es exclusivamente restrictivo; se indica para pacientes con obesidad grados I-II, sin comorbilidades (IMC 30-39 kg/m²). Se reporta un descenso del 7 al 15% del peso corporal total al momento de sacar el balón y leves mejoras de las comorbilidades. Según estudios prospectivos a largo plazo, después del año los efectos en el descenso del peso y la mejora de las comorbilidades solo se mantienen en el 25% de los pacientes.

La cirugía bariátrica se inició en 1954 (*bypass* intestinal); en 1966 Mason realizó el primer *bypass* gástrico en Y de Roux (BGYR) y, desde 1994, se efectuó por videolaparoscopia lo que significa mayor seguridad, menos dolor, de 1 a 2 días de internación y una rápida vuelta al trabajo.

Otras técnicas con seguimiento a largo plazo son: manga gástrica (2003), *bypass* gástrico de una anastomosis (BAGUA desde 2002) y la banda gástrica ajustable (1998, casi en desuso). Se indican para pacientes con IMC mayor de 40, o mayor de 35 asociado a comorbilidades mayores, y actualmente para aquellos con un IMC mayor de 30 con comorbilidades mayores de difícil o mal control con terapia médica.

El BGYR, cuyo mecanismo de acción es mixto (restricción, malabsorción, efecto a nivel hormonal, a nivel de ácido biliares y microbiota), continúa siendo el *gold standard* de las técnicas porque se reporta mantención del descenso de peso con seguimientos a más de 25 años, en promedio 65% EPP, marcada y duradera mejora de las comorbilidades, especialmente en diabetes mellitus tipo 2 (DM2), demostrado en los 11 RCT publicados, además de disminución de la mortalidad por todas las causas, aumentando así la expectativa y calidad de vida de los pacientes. La mayor efectividad de la cirugía bariátrica se alcanza cuando hay plena adherencia al equipo multidisciplinario.

En conclusión, el balón intragástrico bajo ningún punto de vista es una alternativa a la cirugía bariátrica y metabólica cuando el paciente cumple criterios para esta.

Palabras clave: obesidad; técnicas quirúrgicas.

6 VOICES IN 10 MINUTES: Metabolic Surgery

Coordinator: Dr. Mabel Graffigna

3) Surgical techniques vs balloon Yes? Nope? Which?

Dr. Pedro Martínez Duartez

Head of the Bariatric and Metabolic Surgery Service at Austral University Hospital, Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

Obesity of multicausal etiology is a chronic, progressive, degenerative, relapsing disease that carries multiple comorbidities. Their treatment must be addressed by a multidisciplinary team, capable of offering the different therapeutic alternatives based on their history, body mass index (BMI) and comorbidities.

The intragastric balloon was first described in 1980. Depending on the models, it can be placed endoscopically or digestible, filled with liquid or gas, with an implant duration that varies from 4 to 12 months. The mechanism of action is exclusively restrictive; It is indicated for patients with obesity grades I-II, without comorbidities (BMI 30-39 kg/m²). A decrease of 7 to 15% of the total body weight at the time of removing the balloon and slight improvements in comorbidities are reported. According to long-term prospective studies, after one year the effects on weight loss and improvement of comorbidities are only maintained in 25% of patients.

Bariatric surgery began in 1954 (intestinal bypass); in 1966 Mason performed the first Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) and, since 1994, it has been performed by videolaparoscopy, which means greater safety, less pain, 1 to 2 days of hospitalization and a quick return to work.

Other techniques with long-term follow-up are: gastric sleeve (2003), single anastomosis gastric bypass (BAGUA since 2002) and the adjustable gastric band (1998, almost in disuse). They are indicated for patients with a BMI greater than 40, or greater than 35 associated with major comorbidities, and currently for those with a BMI greater than 30 with major comorbidities that are difficult or poorly controlled with medical therapy.

RYGB, whose mechanism of action is mixed (restriction, malabsorption, effect at the hormonal level, at the level of bile acids and microbiota), continues to be the gold standard of techniques because weight loss maintenance is reported with follow-ups of more than 25 years. years, on average 65% EPP, marked and lasting improvement in comorbidities, especially in type 2 diabetes mellitus (DM2), demonstrated in the 11 published RCTs, in addition to a decrease in all-cause mortality, thus increasing expectancy and quality of life of patients. The greatest effectiveness of bariatric surgery is achieved when there is full adherence to the multidisciplinary team.

In conclusion, the intragastric balloon is by no means an alternative to bariatric and metabolic surgery when the patient meets the criteria for it.

Key words: obesity; surgical techniques.