



El Dr. Resa defiende el Bypass Biliopancreático laparoscópico sin gastrectomía, sin quitar el estómago.

Según hemos venido demostrando desde el año 2000 la gastrectomía del estómago distal en el bypass biliopancreático no solo no es necesaria sino que puede ser contraproducente.

Hace más de 30 años el Dr. Scopinaro diseñó la derivación biliopancreática (BPD) clásica quitando el estómago distal y abriendo al paciente, en ese tiempo no existía la cirugía laparoscópica.

En el años 2001, en el Congreso Mundial de Cirugía de la Obesidad en Creta, el Dr. Resa presentó los primeros resultados del BPD por laparoscopia y del BPD laparoscópico sin gastrectomía, mostrando además dos videos de las citadas técnicas. En ese momento, era la primera vez en el mundo que se enseñaba como realizar el BPD sin gastrectomía por laparoscopia.

En todos estos años Dr. Resa ha defendido en múltiples congresos la citada variación técnica, más recientemente en el Congreso Latino-Americano de Cirugía Laparoscópica en Miami (USA) y en el Congreso Nacional de Cirugía de la Obesidad e Getafe.

Como admitió el Dr. Scopinaro en la crítica a un trabajo publicado por el Dr. Resa en Obesity Surgery en el año 2004 la gastrectomía no es imprescindible. Se podría decir más, casi nunca está justificada.



ALACE-MIAMI

¿Por qué sin gastrectomía?

Por razones técnicas, razones de seguridad y razones fisiológicas.

Razones técnicas: La no realización de la gastrectomía hace de la intervención una operación más fácil, más rápida y totalmente reversible. El hecho de tener el estómago dentro del abdomen, sin haberlo quitado, nos da la posibilidad de poder reestablecer la anatomía normal en el futuro. La técnica de este modo es **totalmente reversible**.

Razones de seguridad: Disminuir el tiempo de cirugía supone una mejor recuperación del paciente, despertándose, sin tubo, en el mismo momento de terminar la cirugía, a la hora u hora y quince minutos del inicio. Las complicaciones anestésicas prácticamente desaparecen. Al realizarse menos disección, menos cortes en tejidos, las posibilidades de hemorragia disminuyen. El hecho de no cortar el estómago del duodeno evita que en este quede una línea de grapas que podría romperse en algún punto y producir una fístula. La pared gástrica es mucho más gruesa y fuerte que la duodenal y por ello es casi imposible que pueda perforarse al dejar la sección sobre ella y no en el duodeno.

Razones fisiológicas: Hemos de recordar que en el estómago se produce el factor intrínseco, un mucopolisacárido que se une a la vitamina B12 para que esta sea absorbida en el ileon. Mantener el estómago supone, poder disponer de la citada proteína. Por otro lado, el ácido producido por el estómago facilita la absorción de hierro.



Teléfonos de interés

Información al paciente

976 765 402

Agenda de citaciones

976 757 706

Centralita de Clínica Montpellier

976 765 300

Email
jjresa@comz.org

www.uclom.com
www.laparoscopia-avanzada.com
www.doctorresa.com

Para cualquier información adicional contactar con 685178842

Bypass biliopancreático laparoscópico sin gastrectomía, la técnica preferida por nuestros pacientes

En la actualidad, estamos capacitados y acreditados para realizar cualquier técnica por laparoscopia. Todas las hemos realizado en alguna ocasión y tenemos una experiencia muy importante en técnicas derivativas, especialmente con el bypass biliopancreático. Poder ejecutar las técnicas más difíciles nos acredita para realizar cualquier otra más sencilla. Por ello, podemos ofrecer a nuestros pacientes la intervención más adecuada en cada caso, aunque nuestra tendencia sea practicar técnicas de bypass por considerarlas más eficaces, ya que con ellas se consigue mayor adelgazamiento, manteniéndolo a largo plazo.

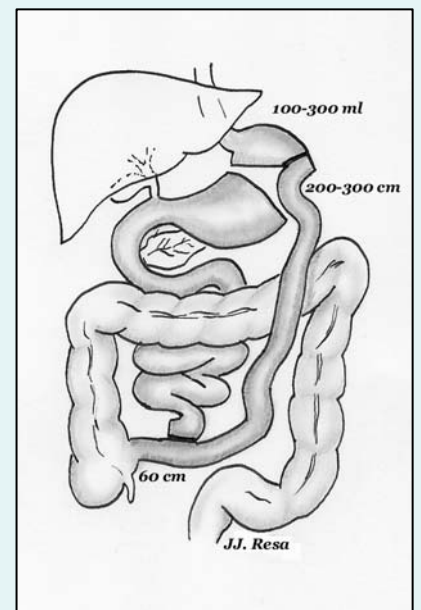
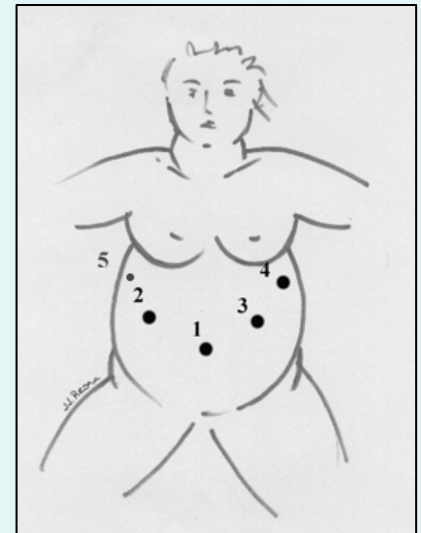
El **Bypass biliopancreático o derivación biliopancreática sin gastrectomía** consiste en la realización de una bolsa gástrica amplia, con capacidad adecuada para comer bien, seccionando el estómago horizontalmente y preservando el estómago distal. Clásicamente esta técnica se realizaba quitando el estómago. Mantener el estómago hace la técnica mucho menos agresiva para el paciente, más corta en tiempo operatorio, de mejor recuperación y con menos complicaciones. Al quedar el estómago en su sitio es fácilmente reversible si fuera necesario.

La bolsa desemboca en un asa de intestino delgado que previamente se ha seccionado a una medida determinada por el cirujano, según las características de cada paciente, de modo que se consiga un adelgazamiento adecuado con mínima repercusión metabólica. De este modo, tenemos tres porciones de intestino diferenciadas: El intestino alimentario corto, por el que solo circula comida y tiene capacidad para absorber hidratos de carbono, proteínas y medicamentos, el intestino biliar largo, por el que baja el jugo gástrico, pancreático y la bilis sin contacto con la comida y el intestino común muy corto, donde se juntan la comida y los jugos para absorberse las grasas.

El paciente puede **comer normal y todo tipo de alimentos** pero no absorbe gran parte de lo que ingiere, por lo que adelgaza. Esto le da una **gran calidad de vida** respecto a la ingesta y requiere muy poco esfuerzo por parte del paciente, razones por las que los obesos demandan esta técnica, asumiendo que precisarán suplementos vitamínicos y minerales.

Inconvenientes:

Al no absorberse las grasas, las heces son más blandas y las deposiciones más frecuentes. A lo largo del año y medio o dos años que se está adelgazando el intestino se va adaptando y el número de deposiciones tiende a normalizarse. La absorción de vitaminas liposolubles está disminuida y debemos complementarlas. Como en el bypass gástrico la comida no pasa por el duodeno ni por la primera porción de yeyuno por lo que está disminuida la absorción de hierro y calcio. Puede ser necesario tomar hierro o calcio.



Próximo número:

- UCLOM crece: Nueva Unidad de Cirugía Laparoscópica de la Obesidad Mórbida en Clínica Montecanal.
- Requerimientos de vitaminas y minerales.