

Recurrencia de peso después de la cirugía bariátrica: Definiciones, diagnóstico y estrategias de manejo. Parte 2

Ramón Díaz^{1,2,3,*}, Sebastián Sapiain^{1,3}, Úrsula Figueroa¹, Johanna Nielsen⁴, Daniela Adjemian^{4,5}.

¹Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

²Clínica Red Salud Santiago. Santiago, Chile.

³Departamento de Cirugía, Clínica La Condes. Santiago, Chile

⁴Unidad de Nutrición intensiva, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

⁵Centro de Nutrición y Diabetes, Departamento de Medicina Interna, Clínica Alemana, Santiago, Chile.

Weight Recurrence After Bariatric Surgery: Definitions, Diagnosis, and Management Strategies. Part 2

RESUMEN

La recurrencia de peso (RP) representa la principal complicación a largo plazo de la cirugía bariátrica (CB) y la principal causa de cirugía revisional. La literatura al respecto ha sido enfática en la relevancia de un enfoque preventivo y un manejo multidisciplinario para optimizar los resultados de la CB a largo plazo. **Objetivo:** Describir la eficacia y seguridad de las estrategias para el manejo de RP en CB, analizando los resultados en términos de respuesta clínica y tasas de complicaciones. **Métodos:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura publicada sobre RP tras cirugía bariátrica, enfocándose en las alternativas de manejo médico y quirúrgico como procedimientos revisionales. Se reportan resultados comparativos en pérdida de peso (%EWL) y complicaciones asociadas. **Resultados:** El manejo de la recuperación de peso (RP) post cirugía bariátrica (CB) combina cambios en el estilo de vida, farmacoterapia y opciones quirúrgicas. Los programas de intervención conductual y seguimiento remoto, como la plataforma HELP, han mostrado eficacia para mejorar la respuesta clínica. La farmacoterapia incluye agentes como GLP-1 (liraglutide y semaglutide) y combinaciones como naltrexona/bupropión, con resultados prometedores, aunque limitados por disponibilidad local. Las intervenciones quirúrgicas revisionales, como reducción de pouch o estoma, procedimientos endoscópicos (TORe, ROSE) y opciones avanzadas como el switch duodenal y el bypass gástrico (BPG) distal han demostrado eficacia, pero requieren experiencia y manejo multidisciplinario. **Conclusiones:** El manejo del RP tras CB requiere un

*Correspondencia: Ramón Díaz / rdiazjara@gmail.com
Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.
Dr. Carlos Lorca Tobar 999, Independencia, Región Metropolitana, Chile.

Financiamiento: El trabajo no recibió financiamiento.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 20 de octubre de 2025.
Aceptado: 19 de marzo de 2026.

enfoque multidisciplinario que identifique causas multifactoriales y riesgos. Es clave un manejo escalonado (conductual, farmacológico, quirúrgico) ajustado a cada paciente. Las expectativas deben definirse desde el inicio, y en caso de cirugía revisional, evaluar anatomía y deficiencias nutricionales para minimizar riesgos.

Palabras clave: Aumento de peso; Cirugía bariátrica; Estudios de seguimiento; Obesidad; Cuidados postoperatorios.

ABSTRACT

Weight recurrence (WR) represents the main long-term complication of bariatric surgery (BC) and the main cause of revisional surgery. The literature has been emphatic on the relevance of a preventive approach and multidisciplinary management to optimize long-term outcomes of BC. **Aim:** To characterize the efficacy and safety of strategies for the management of WR in BC, analyzing outcomes in terms of weight loss and complication rates. **Methods:** A review of the published literature on WR after bariatric surgery was conducted, focusing on medical and surgical management alternatives as revisional procedures. Comparative results in weight loss (%EWL) and associated complications are reported. **Results:** Weight recurrence (WR) management after bariatric surgery (BS) combines lifestyle changes, pharmacotherapy and surgical options. Behavioral intervention and remote monitoring programs, such as the HELP platform, have shown efficacy in improving weight loss. Pharmacotherapy includes agents such as GLP-1 (liraglutide and semaglutide) and combinations such as naltrexone/bupropion, with promising results although limited by local availability. Revisional surgical interventions such as pouch or stoma reduction, endoscopic procedures (TORe, ROSE) and advanced options such as duodenal switch and distal gastric bypass (RYGB) have demonstrated efficacy but require experience and multidisciplinary management. **Conclusions:** Management of WR after BS requires a multidisciplinary approach that identifies multifactorial causes and risks. Stepwise management (behavioral, pharmacological, surgical) tailored to each patient is key. Expectations should be defined from the outset, and in case of revisional surgery, anatomy and nutritional deficiencies should be evaluated to minimize risks.

Keywords: Bariatric Surgery; Follow-Up Studies; Obesity; Postoperative Care; Weight Gain.

La recurrencia de peso (RP) representa la principal complicación a largo plazo de la cirugía bariátrica (CB) y la principal causa de cirugía revisional¹. Con el aumento sostenido y el posicionamiento de la CB como la alternativa con mejores resultados para la obesidad y sus comorbilidades², la recuperación del peso se ha transformado en una preocupación de gran relevancia para los equipos de salud, haciendo necesario plantear alternativas efectivas y seguras para lograr prevenirla y tratarla.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed en inglés y español utilizando los términos: "Gastric Bypass", "Bariatric Surgery", "Life Style", "Weight Gain". Se incluyeron artículos originales, revisiones y guías clínicas publicados en los últimos 15 años. Se priorizó la evidencia de mayor calidad según su tipo de diseño.

Manejo de RP en CB

Cambios de estilos de vida

La evidencia ha respaldado que, además de tener un programa de control de peso, la asociación con un hábito alimentario saludable y la actividad física son buenos predictores de la respuesta clínica post CB³. En un seguimiento a 2 años, Nuijten et al. reportaron mejor composición corporal y calidad de vida en pacientes sometidos a CB con mayor cumplimiento de la actividad física⁴. Asimismo, un estudio observacional prospectivo relacionó mayor pérdida de peso con adherencia a patrones dietéticos mediterráneos⁵.

Los programas de intervención conductual intensiva basados en cambios de hábitos, han sido destacados como estrategias con evidencia al seguimiento de al menos 6 meses post CB⁶. Algunos estudios han reportado pérdidas de peso tras RP de hasta 5.1% en tres meses, como lo evidencia el ensayo clínico con la plataforma virtual "Healthy Eating and Lifestyle Post-surgery (HELP)"⁷.

Farmacoterapia

En la última década, estudios han evidenciado que, junto con cambios de estilos de vida, agregar

la adicción de farmacoterapia es una alternativa efectiva para el manejo del RP en pacientes que no son candidatos a cirugía revisional⁸. Actualmente, existen fármacos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento a largo plazo de la obesidad: orlistat, la combinación fentermina/topiramato, fentermina sola, liraglutide, topiramato, naltrexona/bupropión, semaglutide y tirzepatide⁹ (Tabla 1).

Fentermina, Topiramato y combinación Fentermina/Topiramato

La fentermina, amina simpaticomimética aprobada en 1959, aumenta la secreción de catecolaminas en el hipotálamo, suprimiendo el apetito. El topiramato, antiepiléptico con efectos anorexígenos, tiene beneficios en el trastorno por atracón^{10,11}. Su combinación fue aprobada por la FDA en 2012 para tratar la obesidad y cuenta con evidencia para pacientes con antecedentes de CB¹². Un estudio retrospectivo con 319 pacientes mostró que el topiramato tuvo el mayor cambio de peso tras BPG o GM en comparación con otros 15 fármacos antiobesidad¹³. Otro estudio con 197 pacientes reportó que la fentermina/topiramato logró la mayor probabilidad de pérdida de peso del 5, 10 y 15% en comparación con otros fármacos¹⁴. Aunque existe evidencia, faltan ensayos clínicos que definan dosis específicas e indicaciones claras. En Chile, la combinación no está disponible, pero sí ambos fármacos por separado, y su elección debe basarse en el perfil del paciente.

Naltrexona/Bupropión

Existen pocos estudios que evalúen las eficacias individuales de la naltrexona, el bupropión o la combinación de ambos en pacientes después de la CB para el manejo de la RP. Ambos medicamentos afectan independientemente al sistema de recompensa del sistema nervioso central (SNC), y se ha hipotetizado un efecto sinérgico en humanos basado en estudios en animales por su efecto en el receptor de pro-opiomelanocortina (POMC) para inducir saciedad. La mayor evidencia sobre la eficacia para la pérdida de peso

proviene de ensayos controlados aleatorizados de la combinación naltrexona/bupropión, en los cuales se excluyó a personas con antecedentes

de CB, pero demostraron una pérdida de peso de aproximadamente el 5% en comparación con el placebo después de un año¹⁵.

Tabla 1. Resumen de medicamentos antiobesidad actualmente aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)

Fármaco	Mecanismo de acción	Declaración (FDA)
Fentermina	Amina simpaticomimética	Dosis inicial: 15 mg/día Titulación: Máximo cada 2 semanas. Aumento de 15 mg
Fentermina/ Topiramato XR	Combinación de amina simpaticomimética, anorexígeno y antiepiléptico de liberación prolongada	Dosis máxima 37.5 mg/día Dosis inicial: 3.75 mg/23 mg día Titulación: aumentar 3.75 mg/23 mg cada 2 semanas Dosis máxima 15 mg/92 mg diarios
Naltrexona SR/ Bupropión XR	Combinación de antagonista opiáceo y anti-depresivo aminoacetona	Dosis inicial 8 mg/90 mg día Titulación: aumentar 8 mg/90 mg a la semana Dosis máxima: 32 mg/360 mg diarios (16 mg/180 mg dis veces al día)
Orlistat	Inhibidor de la lipasa pancreática y gástrica	Dosis: 120 mg 3 veces al día
Liraglutide SC	Activa el receptor de GLP-1, con efectos metabólicos en la estimulación dependiente de la glucosa de la secreción de insulina, vaciamiento gástrico retardado	Dosis inicial 0.6 mg/día SC Titulación: aumentar 0.6 mg semanal Dosis máxima: 3 mg/día SC
Semaglutide	Activa el receptor de GLP-1, con efectos metabólicos en la estimulación dependiente de la glucosa de la secreción de insulina, vaciamiento gástrico retardado	Dosis inicial: 0.25 mg/semana SC Titulación: aumentar 0.25 a 0.5 mg SC cada 4 semanas Dosis máxima: 7.2 mg SC/semana (aún no disponible en Chile)
Tirzepatida	Actividad agonista en los receptores de GLP-1 y péptido insulínico dependiente de la glucosa. Regula el equilibrio energético mediante señales en el SNC y tejido adiposo	Dosis inicial: 2.5 mg SC Titulación: aumentar 2.5 mg cada 4 semanas Dosis máxima: 15 mg/semana SC

XR: Liberación prolongada, SC: subcutáneo, IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa.

Orlistat

Orlistat es el único fármaco antiobesidad aprobado por la FDA que no actúa a través de la vía del SNC. Es un inhibidor de la lipasa gástrica y pancreática, que impide la hidrólisis de los triglicéridos y así la absorción de ácidos grasos libres, logrando una mal absorción del 25% al 30% de las grasas ingeridas¹⁶. Si bien los estudios en RP y CB son escasos, en manejo del sobrepeso/obesidad, se ha demostrado una pérdida de peso hasta 4.8%, con efectos adversos gastrointestinales frecuentes, siendo los más comunes flatulencia, esteatorrea y diarrea, junto a la malabsorción de vitaminas liposolubles, por lo que su uso en pacientes sometidos a CB no debería ser la primera opción^{17,18}.

Análogos de GLP-1: Liraglutide y Semaglutide

Los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón-1 (aGLP-1) son actualmente uno de los fármacos más eficaces para la reducción de peso. Su eficacia y perfil de seguridad están bien documentadas, con una pérdida de peso promedio de hasta el 15%, con efectos secundarios gastrointestinales leves a moderados y beneficios cardiorrenales¹⁹.

La FDA ha aprobado Liraglutide 3.0 mg y Semaglutide 2.4 mg y 7.2 mg para el tratamiento de la obesidad, sin embargo estas dosis no se encuentran disponibles en Chile. La evidencia ha demostrado que los agonistas del receptor de GLP-1 son más efectivos en la reducción de la RP post CB que los fármacos no basados en GLP-1, independiente del tipo de cirugía²⁰. De acuerdo a una reciente revisión sistemática, ambos presentaron una pérdida de peso clínicamente significativa a los 6 y 12 meses de tratamiento, en comparación a placebo, logrando una caída del 6-23% del peso total y una reducción de 2.5-10 Kg. Además, Semaglutide evidenció una pérdida de peso mayor en comparación a Liraglutide, con significancia estadística, logrando una mayor tasa de pérdida de peso sobre el 10% y 15% del peso basal. Ambos fármacos fueron eficaces independiente del tipo de CB²¹. Entre los estudios a destacar se encuentran los de Lautenbach 2022 y 2023, evidenciando un efecto de Semaglutide

creciente en relación al tiempo de uso, en pacientes adultos sometidos a BPG y GM, con pérdidas de peso de $6.0 \pm 4.3\%$ a los 3 meses, $10.3 \pm 5.5\%$ a los 6 meses y $14.7\% \pm 8.9\%$ a los 12 meses de tratamiento^{22,23}.

Nuevos fármacos: Tirzepatide

Tirzepatide, agonista del receptor del polipéptido insulínico dependiente de glucosa y del receptor del péptido similar al glucagón-1 (GIP/aGLP-1), ha demostrado ser el fármaco más efectivo para el tratamiento de la obesidad, con un perfil de seguridad aceptable, logrando una pérdida de peso total aproximada del 20% con la dosis más alta recomendada de 15 mg/semana y fue aprobado por la FDA para el manejo crónico del peso²⁴. Un estudio de cohorte retrospectivo publicado en marzo del 2024, demostró una pérdida de peso de 10.3% ($p < 0.05$) y 15.5% ($p < 0.05$), tras 6 meses de tratamiento con Semaglutide y Tirzepatide, respectivamente, siendo Tirzepatide ($p < 0.02$) superior y sin eventos adversos graves²⁵. Si bien no se encuentra disponible en Chile, su superioridad terapéutica lo posiciona como una de las primeras líneas para el manejo de la pérdida de peso y comorbilidades asociadas a la obesidad.

Se recomienda iniciar el tratamiento con la menor dosis y titularlo según el seguimiento clínico y efectos adversos. Los tratamientos combinados son una opción si los individuales no son efectivos, pero deben ser manejados por expertos en obesidad.

Intervenciones**Cirugía revisional para BPG****Banda Gástrica**

Algunos estudios consideran que agregar una banda gástrica para mejorar la restricción puede ser una alternativa para tratar la RP posterior a BPG. Esta opción puede ofrecer baja de peso adicional y ha mostrado buenos resultados^{26,27}. Vijgen et al. reportaron que agregar una banda de salvataje alrededor del pouch defectuoso podría promover una baja de peso adicional²⁸. Sin embargo, son necesarios estudios prospectivos con el fin de evaluar la seguridad del banding de salvataje, siendo una alternativa que solo debe

ser ofrecida en casos donde el pouch gástrico sea la causa demostrada de RP. Otras alternativas en el mercado como el MiniMIZER® Gastric Ring (Bariatric solutions GmbH, Stein am Rhein, Switzerland) no cuentan con evidencia suficiente para apoyar su uso en la actualidad²⁹.

Reducción del Pouch

Si existe evidencia imagenológica de una dilatación del pouch gástrico con un volumen mayor a 50 cc., asociado a pérdida de la sensación de saciedad, se podría asumir que corrigiendo esta alteración se agregaría una pérdida de peso adicional. La reducción del pouch se puede realizar por vía laparoscópica y puede incluir también el estrechamiento del estoma.

Laelli et al. reportaron su experiencia en este procedimiento en 20 pacientes, obteniendo a los 20 meses de seguimiento un %EWL de 69.1%, con una de complicación de 30% en la población estudiada³⁰. Por el contrario, Parikh et al. no mostraron beneficio alguno reduciendo el tamaño del pouch respecto a la baja de peso³¹.

Al-Bader et al. mostraron su experiencia en reducción de pouch gástrico por vía laparoscópica³². Los autores reportaron %EWL de 29.1% con una media de seguimiento de 14.1 +/- 6.2 meses y una tasa de complicación de 15.6%³².

Reducción del Estoma y procedimientos endoscópicos

La reducción endoscópica transoral (TORe), la cirugía restaurativa de obesidad endoscópica (ROSE), la escleroterapia endoscópica y la plicatura gástrica endoscópica (EGP) son técnicas descritas para manejar la dilatación del estoma y el pouch. TORe consiste en suturar el estoma dilatado para reducir su diámetro. Jiranpinyo et al. demostraron su viabilidad en 252 pacientes, mostrando seguridad y reproducibilidad³³. Schulman et al. hallaron que la sutura en "jareta" logró un %EWL mayor a 12 meses frente a la sutura interrumpida (19.8 vs. 11.7, $P < .001$)³⁴.

ROSE también es un abordaje endoscópico que utiliza grapas de anclaje para crear pliegues de tejido en el estoma y alrededor de la pared del pouch. En un estudio piloto, Ryou et al. lo

aplicaron exitosamente en 5 pacientes, con una pérdida promedio de 7.8 kg en 3 meses³⁵.

Horgan et al. evaluaron 116 pacientes, observando un %EWL de 18% a los 6 meses con un aumento en la sensación de saciedad³⁶. En una revisión retrospectiva de 27 pacientes, los autores hallaron que el procedimiento no tuvo éxito en ofrecer una pérdida del %EWL aceptable con un seguimiento de 72 meses³⁷.

La inyección de un agente esclerosante en la anastomosis G-J, produce un efecto reparador que genera una disminución del diámetro de la estoma³⁸. Un estudio comparativo de 43 pacientes (9 con sutura y 34 con escleroterapia) realizado en la universidad de Harvard concluyó que esta técnica es inferior en cuanto a la pérdida de peso en comparación con la sutura endoscópica, aunque con un seguimiento de 3 meses³⁹.

La plicatura gástrica endoscópica (EGP), utilizando el StomaphyX (EndoGastric Solutions, Redwood City, CA), realiza pliegues en el estómago que se unen con sujetadores de polipropileno instalados bajo visión endoscópica para reducir el tamaño del pouch y la anastomosis G-J. Ong'uti et al. describieron una serie de 27 pacientes utilizando este procedimiento endoscópico observando una baja de peso durante los primeros seis meses luego de la EGP, pero presentando posterior RP⁴⁰. En un estudio randomizado, StomaphyX no logró mostrar diferencias comparado con el procedimiento SHAM, razón por la cual el estudio fue suspendido⁴¹.

Alargamiento de asas en BPG

El BPG distal es efectivo para perder peso, pero no debe usarse como cirugía primaria debido al riesgo de desnutrición calórico proteica asociada⁴². Para convertir un BPG a distal, existen dos técnicas: dividir el asa alimentaria justo al lado de la anastomosis yeyuno-yeyunal y desplazarla a distal para crear una nueva anastomosis con un asa biliopancreática más larga^{43,44,45}; o seccionar el asa biliopancreática y desplazarla distalmente para crear una nueva anastomosis a 75 cm proximal a la válvula ileocecal creando un asa alimentaria más larga⁴⁶. Ambas técnicas han demostrado ser seguras, sin embargo, la primera mostró mayor

pérdida de peso adicional, aunque con mayor desnutrición calórico-proteica⁴⁷.

En un reciente metaanálisis, mostró que el alargamiento de las asas ya sea alimentaria o biliopancreática (asa común 100-150 cm) ofrece los mejores resultados en cuanto a pérdida de peso, con alto riesgo de complicaciones como malnutrición e incluso mortalidad⁴⁸.

Conversión de BPG a Switch duodenal

El switch duodenal (BPD-DS) es una cirugía desafiante que se puede realizar en 1 o 2 etapas. Keshishian et al. publicaron su experiencia con BPD-DS como cirugía revisional en una cohorte de pacientes con gastroplastía vertical con banda y BPG. Veintiséis pacientes operados de BPG fueron convertidos a BPD-DS, 4 (15%) tuvieron filtraciones de la gastro-gastro anastomosis y el %EWL fue de 67% a 30 meses⁴⁹. Parikh et al. realizaron BPD-DS en 12 pacientes no reportando filtraciones, con un %EWL a 11 meses de 63%⁵⁰. Recientemente Demirel describe resultados con seguimiento medio de 17 pacientes convertidos a BPD-DS (15 BPG y 2 One Anastomosis Gastric Bypass; OAGB) con %EWL de 52% a 6 meses y 91% a 36 meses de seguimiento, con 5.8% de mortalidad al quinto día postoperatorio, ninguno de los pacientes presentó desnutrición durante el tiempo de seguimiento⁵¹.

Procedimientos revisionales en manga gástrica (GM)

Los pacientes sometidos a una GM pueden desarrollar disminución de la sensación de saciedad precozmente y RP puede ser la manifestación de este problema. Si se demuestra un estómago dilatado en los estudios, se puede ofrecer un procedimiento restrictivo adicional, aunque el aumento del volumen gástrico residual no está siempre relacionado con RP⁵². Muchos de los pacientes pueden tener un estudio anatómico normal, por lo que en estos casos se puede asociar un componente malabsortivo para mejorar la baja de peso y resolución de comorbilidades⁵³.

Re - gastrectomía en manga

El primer reporte de una re-gastrectomía se

hizo en 2003, sin complicaciones postoperatorias y reducción de peso significativa. Se trató de una paciente, sometida a BDP-DS 3 años previos, que experimentó RP⁵⁴.

Lanelli et al. reportaron una serie de 13 pacientes con baja de peso insuficiente o recurrencia de obesidad sin complicaciones perioperatorias y con un %EWL 71.4% a 12 meses de seguimiento⁵⁵. Nadelcu et al. reportaron 61 pacientes con baja de peso insuficiente, RP y reflujo gastroesofágico (28, 29 y 4 pacientes respectivamente). El estudio preoperatorio mostró un neo-fondo o dilatación gástrica en todos los casos, reportando 3 complicaciones postoperatorias y un %EWL de 62.7% (+29.2) con un seguimiento promedio de 19.9 meses⁵⁶. Posteriormente los mismos autores en un seguimiento a 5 años, refirieron que el procedimiento fue efectivo en 54% de los pacientes, especialmente en aquellos que tenían dilatación de la GM⁵⁶.

Conversión de GM a BPG

La conversión de GM a BPG puede ser desafiante debido a la alta morbilidad reportada en algunas series⁵⁷. Casilla et al. reportaron 48 pacientes que fueron convertidos de GM a BPG⁵⁷. La indicación de conversión a BPG fue baja de peso insuficiente o RP en 27 pacientes. En este subgrupo de pacientes el IMC preoperatorio promedio fue de 40.8 kg/m² a 36 meses de seguimiento, el %EWL promedio fue 16.4% y la morbilidad fue de un 31%⁵⁷.

Quezada et al. reportaron 50 pacientes operados de GM convertidos a BPG. En esta cohorte 28 de 50 pacientes fueron a cirugía revisional por RP a 3 años de seguimiento y el %EWL promedio fue de 66.9%⁵⁸. Lanelli et al. mostraron su experiencia en 40 pacientes de los cuales 29 fueron por baja de peso insuficiente. Los autores describen un %EWL promedio de 64% con 18 meses de seguimiento con una morbilidad del 16%⁵⁹.

Una revisión sistemática con 7.621 pacientes convertidos de GM a BPG mostró un 53,9 %EWL (95% CI, 48%-59%) y un 22,7%TWL a los 12 meses post conversión. Sin embargo, a pesar del gran número de pacientes incluidos en esta revisión sistemática, no todos los estudios explicitan la

indicación de la cirugía revisional⁶⁰. A pesar de la morbilidad reportada en las primeras series, actualmente este procedimiento puede ser realizado bajo los mismos estándares y seguridad del BPG primario.

GM a BPD-DS

Homan et al. compararon BPD-DS y BPG como opción revisional de GM. El BPD-DS fue significativamente más exitoso que BPG con %EWL 59% y 23% ($p=0.008$), respectivamente, a 34 meses. Aunque el BPD-DS tuvo más complicaciones y deficiencias nutricionales, no fueron significativas⁶¹. Resultados similares fueron reportados por Weiner et al., mostrando mayor baja de peso con BPD-DS frente a BPG⁶². Carmelli et al. también encontraron superioridad del BPD-DS sin complicaciones significativas⁶³. El BPD-DS es razonable para tratar GM con RP en pacientes con IMC >50 kg/m² previos a GM. Como el BPD-DS primario, requiere estrecha monitorización para evitar deficiencias nutricionales.

GM a procedimientos de una anastomosis

Numerosos procedimientos con anastomosis única han surgido como alternativas prometedoras. Con menos anastomosis, existen menos complicaciones y sin la derivación biliopancreática en Y de Roux, se evita "teóricamente" el riesgo de hernias internas. Aunque los resultados son prometedores como cirugía primaria⁶⁴, existen escasas publicaciones sobre su rol como cirugía revisional. Sanchez-Pernatute et al. reportó un %EWL promedio de 72% a 2 años en pacientes sometidos a SADI tras gastrectomía en manga, resultados similares a los de otros autores^{65,66}. Sin embargo, estos pacientes requieren vigilancia estricta debido al riesgo de desnutrición.

A la fecha, hay pocos estudios de mini bypass gástrico como cirugía revisional⁶⁷, no es posible concluir con respecto su efectividad.

Revisión endoscópica de GM

Se han desarrollado reportes de manejo endoscópico de la GM mediante sutura endoscópica para reducir el diámetro⁶⁸. En un estudio multicéntrico

con 82 pacientes, que fueron sometidos a una plicatura gástrica posterior a GM por manejo de recurrencia de peso, reportaron un %TWL de 15,7% + 7,6%, con un solo evento adverso⁶⁹. Dado que la experiencia en GM endoscópico ha crecido, se espera mayor desarrollo de estudios prospectivos sobre manejo de RP con suturas endoscópicas post GM.

Discusión

La RP tras CB es frecuente y multifactorial. La evidencia respalda un enfoque preventivo y un manejo escalonado (step-up approach) (Figura 1). Las intervenciones conductuales estructuradas —incluido el seguimiento remoto— logran pérdidas modestas pero sostenibles y mejoran la adherencia a patrones dietéticos y actividad física. La literatura respalda el uso de farmacoterapia como estrategia para aumentar la eficacia de las intervenciones, los agonistas de GLP-1 (especialmente semaglutida) muestran superioridad frente a alternativas no GLP-1, con buen perfil de seguridad; tirzepatida emerge como opción de mayor potencia, aunque su disponibilidad local es limitada. Los procedimientos endoscópicos ofrecen una alternativa intermedia con seguridad aceptable y resultados superiores a la escleroterapia. La conversión de manga a bypass o a BPD-DS se individualiza según fenotipo (IMC, reflujo, comorbilidades).

Si bien existe amplia evidencia al respecto, la heterogeneidad de definiciones, el predominio de cohortes retrospectivas y el seguimiento por períodos estrechos limitan su calidad, lo que subraya la necesidad de estudios comparativos a largo plazo.

Conclusión

La RP post CB requiere evaluación integral y manejo escalonado, iniciando con intervenciones conductuales y farmacoterapia, y avanzando a opciones endoscópicas o quirúrgicas según etiología y respuesta. Las decisiones deben tomarse en equipos expertos, con expectativas realistas y vigilancia nutricional prolongada.

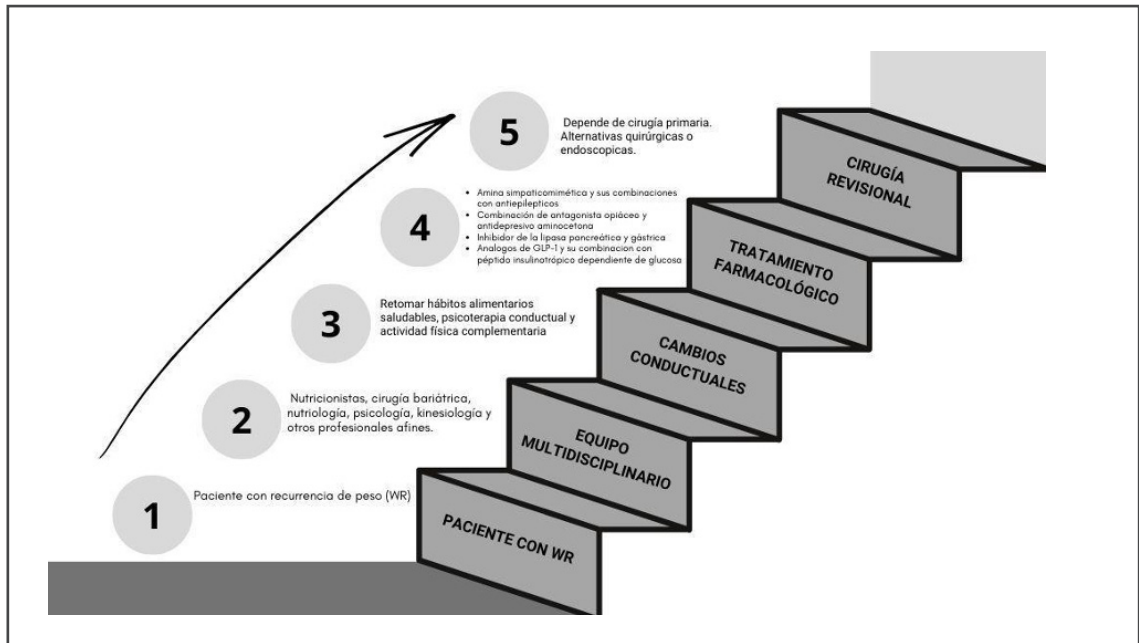


Figura 1: Aproximación escalonada (step-up) de pacientes con recurrencia de peso post cirugía bariátrica.

Referencias

- Lars S, Anna-Karin L, Markku P, Jarl T, Claude B, Björn C, et al. Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. *N Engl J Med*. 2004; 351(26): 2683-2693.
- Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Vitiello A, Higa K, Himpens J, et al. IFSO Worldwide Survey 2016: Primary, Endoluminal, and Revisional Procedures. *Obes Surg*. 2018; 28(12): 3783-3794. [cited 2024 Dec 7] Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11695-018-3450-2>
- Gallé F, Marte C, Cirella A, Di Dio M, Miele A, Ricchiuti R, et al. An exercise-based educational and motivational intervention after surgery can improve behaviors, physical fitness and quality of life in bariatric patients. Taheri S, editor. *PLOS ONE*. 2020; 15(10): e0241336. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0241336>
- Nuijten MAH, Tettero OM, Wolf RJ, Bakker EA, Eijssvoegels TMH, Montpellier VM, et al. Changes in Physical Activity in Relation to Body Composition, Fitness and Quality of Life after Primary Bariatric Surgery: A Two-Year Follow-Up Study. *Obes Surg*. 2021; 31(3): 1120-1128. [cited 2024 Dec 23] Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11695-020-05009-x>
- Gils Contreras A, Bonada Sanjaume A, Becerra-Tomás N, Salas-Salvadó J. Adherence to Mediterranean Diet or Physical Activity After Bariatric Surgery and Its Effects on Weight Loss, Quality of Life, and Food Tolerance. *Obes Surg*. 2020; 30(2): 687-696. [cited 2024 Dec 23] Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11695-019-04242-3>
- Stewart F, Avenell A. Behavioural Interventions for Severe Obesity Before and/or After Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obes Surg*. 2016; 26(6): 1203-1214. [cited 2024 Dec 23] Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11695-015-1873-6>
- Bradley LE, Forman EM, Kerrigan SG, Goldstein SP, Butryn ML, Thomas JG, et al. Project HELP: A Remotely Delivered Behavioral Intervention for Weight Regain after Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2017; 27(3): 586-598. [cited 2024 Dec 23] Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11695-016-2337-3>
- Wharton S, Kamran E, Muqem M, Khan A, Christensen RAG. The effectiveness and safety of pharmaceuticals to manage excess weight post-bariatric surgery: A systematic literature review. *J Drug Assess*. 2019; 8(1): 184-191. [cited 2024 Dec 23] Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21556660.201>

- 9.1678478
9. Lucas E, Simmons O, Tchang B, Aronne L. Pharmacologic management of weight regain following bariatric surgery. *Front Endocrinol.* 2023; 13: 1043595 [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2022.1043595/full>
 10. McElroy SL, Hudson JI, Capece JA, Beyers K, Fisher AC, Rosenthal NR. Topiramate for the Treatment of Binge Eating Disorder Associated With Obesity: A Placebo-Controlled Study. *Biol Psychiatry.* 2007; 61(9): 1039-1048. [cited 2024 Dec 23] Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322306010092>
 11. Verrotti A, Scaparrotta A, Agostinelli S, Di Pillo S, Chiarelli F, Grosso S. Topiramate-induced weight loss: A review. *Epilepsy Res.* 2011; 95(3): 189-199. [cited 2024 Dec 23] Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0920121111001343>
 12. Schwartz J, Suzo A, Wehr AM, Foreman KS, Mikami DJ, Needleman BJ, et al. Pharmacotherapy in Conjunction with a Diet and Exercise Program for the Treatment of Weight Recidivism or Weight Loss Plateau Post-bariatric Surgery: A Retrospective Review. *Obes Surg.* 2016; 26(2): 452-458. [cited 2024 Dec 23] Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11695-015-1979-x>
 13. Stanford FC, Alfari N, Gomez G, Ricks ET, Shukla AP, Corey KE, et al. The utility of weight loss medications after bariatric surgery for weight regain or inadequate weight loss: A multi-center study. *Surg Obes Relat Dis.* 2017; 13(3): 491-500. [cited 2024 Dec 23] Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728916307742>
 14. Edgerton C, Mehta M, Mou D, Dey T, Khaodhjar L, Tavakkoli A. Patterns of Weight Loss Medication Utilization and Outcomes Following Bariatric Surgery. *J Gastrointest Surg.* 2021; 25(2): 369-377. [cited 2024 Dec 23] Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1091255X23009022>
 15. Apovian CM, Aronne L, Rubino D, Still C, Wyatt H, Burns C, et al. A randomized, phase 3 trial of naltrexone SR/bupropion SR on weight and obesity-related risk factors (COR-II). *Obesity.* 2013; 21(5): 935-943. [cited 2024 Dec 23] Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.20309>
 16. Hauptman J. Orlistat: Selective Inhibition of Caloric Absorption Can Affect Long-Term Body Weight. *Endocrine.* 2000; 13(2): 201-206. [cited 2025 Jan 18] Available from: <http://link.springer.com/10.1385/ENDO:13:2:201>
 17. Grunvald E, Shah R, Hernaez R, Chandar AK, Pickett-Blakely O, Teigen LM, et al. AGA Clinical Practice Guideline on Pharmacological Interventions for Adults With Obesity. *Gastroenterology.* 2022; 163(5): 1198-1225. [cited 2024 Dec 23] Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508522010265>
 18. Elmaleh-Sachs A, Schwartz JL, Bramante CT, Nicklas JM, Gudzone KA, Jay M. Obesity Management in Adults: A Review. *JAMA.* 2023; 330(20): 2000. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2812316>
 19. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JFE, Nauck MA, et al. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2016; 375(4): 311-322 [cited 2024 Dec 23]. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1603827>
 20. Gazda CL, Clark JD, Lingvay I, Almandoz JP. Pharmacotherapies for Post-Bariatric Weight Regain: Real-World Comparative Outcomes. *Obesity.* 2021; 29(5): 829-836. [cited 2024 Dec 23] Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.23146>
 21. Dutta D, Nagendra L, Joshi A, Krishnasamy S, Sharma M, Parajuli N. Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists in Post-bariatric Surgery Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obes Surg.* 2024; 34(5): 1653-1664. [cited 2024 Dec 23] Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11695-024-07175-8>
 22. Lautenbach A, Wernecke M, Huber TB, Stoll F, Wagner J, Meyhöfer SM, et al. The Potential of Semaglutide Once-Weekly in Patients Without Type 2 Diabetes with Weight Regain or Insufficient Weight Loss After Bariatric Surgery—a Retrospective Analysis. *Obes Surg.* 2022; 32(10): 3280-3288. [cited 2024 Dec 23] Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11695-022-06211-9>
 23. Lautenbach A, Kantowski T, Wagner J, Mann O, Stoll F, Aberle J. Sustained weight loss with semaglutide once weekly in patients without type 2 diabetes and post-bariatric treatment failure. *Clin Obes.* 2023; 13(5): e12593 [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cob.12593>
 24. Souroullas GeorgeP, Jeck WilliamR, Parker Joels, Simon JeremyM, Liu JY, Paulk J, et al. Author Correction: An oncogenic Ezh2 mutation induces tumors through global redistribution of histone 3 lysine 27 trimethylation. *Nat Med.* 2024; 30(6): 1784-1784. [cited 2025 Jan 18] Available from: <https://www.nature.com/articles/s41591-024-02867-1>
 25. Jamal M, Alhashemi M, Dsouza C, Al-hassani S, Qasem W, Almazeedi S, et al. Semaglutide and Tirzepatide for the Management of Weight Recurrence After Sleeve Gastrectomy: A Retrospective Cohort Study. *Obes Surg.* 2024; 34(4): 1324-1332 [cited 2025 Jan 18]. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11695-024-07137-0>
 26. Bessler M, Daud A, DiGiorgi MF, Olivero-Rivera L, Davis D. Adjustable Gastric Banding as a Revisional Bariatric Procedure after Failed Gastric Bypass. *Obes Surg.* 2005; 15(10): 1443-1448. [cited 2024 Dec 23] Available from: <https://link.springer.com/10.1381/096089205774859173>
 27. Chin PL, Ali M, Francis K, LePort PC. Adjustable gastric band placed around gastric bypass pouch as revision operation for failed gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2009; 5(1): 38-42. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728908006321>
 28. Vijgen GHEJ, Schouten R, Bouvy ND, Greve JWM. Salvage banding for failed Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2012; 8(6): 803-808. [cited 2024 Dec 23] Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/>

- retrieve/pii/S1550728912003188
29. Nixdorf L. *Surgical Technique for Weight Regain after Roux-en-Y Gastric Bypass: Pouch-resizing and the Mini-MIZER® Gastric Ring*. *Surg Technol Int*. 2022; 155-160. Available from: [10.52198/22.STI.41.CS1647](https://doi.org/10.52198/22.STI.41.CS1647)
 30. Iannelli A, Schneck AS, Hébuterne X, Gugenheim J. *Gastric pouch resizing for Roux-en-Y gastric bypass failure in patients with a dilated pouch*. *Surg Obes Relat Dis*. 2013; 9(2): 260-267 [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728912001979>
 31. Parikh M, Heacock L, Gagner M. *Laparoscopic "Gastrojejunal Sleeve Reduction" as a Revision Procedure for Weight Loss Failure After Roux-En-Y Gastric Bypass*. *Obes Surg*. 2011; 21(5): 650-654 [cited 2024 Dec 23]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11695-010-0274-0>
 32. Al-Bader I, Khoursheed M, Al Sharaf K, Mouzannar DA, Ashraf A, Fingerhut A. *Revisional Laparoscopic Gastric Pouch Resizing for Inadequate Weight Loss After Roux-en-Y Gastric Bypass*. *Obes Surg*. 2015; 25(7):1103-1108. [cited 2024 Dec 23] Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11695-015-1579-9>
 33. Jirapinyo P, Kröner P, Thompson C. *Purse-string transoral outlet reduction (TORe) is effective at inducing weight loss and improvement in metabolic comorbidities after Roux-en-Y gastric bypass*. *Endoscopy*. 2018; 50(04): 371-317. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0043-122380>
 34. Schulman AR, Kumar N, Thompson CC. *Transoral outlet reduction: A comparison of purse-string with interrupted stitch technique*. *Gastrointest Endosc*. 2018; 87(5): 1222-1228 [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016510717324318>
 35. Ryou M, Mullady DK, Lautz DB, Thompson CC. *Pilot study evaluating technical feasibility and early outcomes of second-generation endosurgical platform for treatment of weight regain after gastric bypass surgery*. *Surg Obes Relat Dis*. 2009; 5(4): 450-454. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728909003578>
 36. Horgan S, Jacobsen G, Weiss GD, Oldham JS, Denk PM, Borao F, et al. *Incisionless revision of post-Roux-en-Y bypass stomal and pouch dilation: multicenter registry results*. *Surg Obes Relat Dis*. 2010; 6(3): 290-295. [cited 2024 Dec 23] Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728910000730>
 37. Gallo AS, DuCoin CG, Berducci MA, Nino DF, Almadani M, Sandler BJ, et al. *Endoscopic revision of gastric bypass: Holy Grail or Epic fail?* *Surg Endosc*. 2016;30(9):3922-3927. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00464-015-4699-3>
 38. Abu Dayyeh BK, Jirapinyo P, Weitzner Z, Barker C, Flicker MS, Lautz DB, et al. *Endoscopic sclerotherapy for the treatment of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass: Outcomes, complications, and predictors of response in 575 procedures*. *Gastrointest Endosc*. 2012; 76(2): 275-282. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016510712016963>
 39. Jirapinyo P, Dayyeh BKA, Thompson CC. *Gastrojejunal anastomotic reduction for weight regain in roux-en-y gastric bypass patients: physiological, behavioral, and anatomical effects of endoscopic suturing and sclerotherapy*. *Surg Obes Relat Dis*. 2016; 12(10): 1810-1816. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728916307353>
 40. Ong'uti SK, Ortega G, Onwugbuor MT, Ivey GD, Fullum TM, Tran DD. *Effective weight loss management with endoscopic gastric plication using StomaphyX device: is it achievable?* *Surg Obes Relat Dis*. 2013; 9(1): 113-117. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728911007593>
 41. Eid GM, McCloskey CA, Eagleton JK, Lee LB, Courcoulas AP. *StomaphyX vs a Sham Procedure for Revisional Surgery to Reduce Regained Weight in Roux-en-Y Gastric Bypass Patients: A Randomized Clinical Trial*. *JAMA Surg*. 2014; 149(4): 3721 [cited 2024 Dec 23]. Available from: <http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamasurg.2013.4051>
 42. Kellum JM, Chikunguwo SM, Maher JW, Wolfe LG, Sugerman HJ. *Long-term results of malabsorptive distal Roux-en-Y gastric bypass in superobese patients*. *Surg Obes Relat Dis*. 2011; 7(2): 189-193. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S155072891000701X>
 43. Srikanth MS, Oh KH, Fox SR. *Revision to Malabsorptive Roux-En-Y Gastric Bypass (MRNYGBP) Provides Long-Term (10 Years) Durable Weight Loss in Patients with Failed Anatomically Intact Gastric Restrictive Operations: Long-Term Effectiveness of a Malabsorptive Roux-En-Y Gastric Bypass in Salvaging Patients with Poor Weight Loss or Complications Following Gastroplasty and Adjustable Gastric Bands*. *Obes Surg*. 2011; 21(7): 825-831. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11695-010-0280-2>
 44. Rawlins ML, Teel D, Hedgcorth K, Maguire JP. *Revision of Roux-en-Y gastric bypass to distal bypass for failed weight loss*. *Surg Obes Relat Dis*. 2011; 7(1): 45-49. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728910006581>
 45. Fox SR, Fox KM, Oh KH. *The Gastric Bypass for Failed Bariatric Surgical Procedures*. *Obes Surg*. 1996; 6(2): 145-150. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <http://link.springer.com/10.1381/096089296765557097>
 46. Brolin RE, Cody RP. *Adding malabsorption for weight loss failure after gastric bypass*. *Surg Endosc*. 200; 21(11): 1924-1926. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00464-007-9542-z>
 47. Tran DD, Nwokeabia ID, Purnell S, Zafar SN, Ortega G, Hughes K, et al. *Revision of Roux-En-Y Gastric Bypass for Weight Regain: A Systematic Review of Techniques and Outcomes*. *Obes Surg*. 2016; 26(7): 1627-1634. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11695-016-2201-5>
 48. Kermansaravi M, Davarpanah Jazi AH, Shahabi Shahmiri S, Eghbali F, Valizadeh R, Rezvani M. *Revision procedu-*

- res after initial Roux-en-Y gastric bypass, treatment of weight regain: A systematic review and meta-analysis. *Updat Surg.* 2021; 73(2): 663-678. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s13304-020-00961-w>
49. Keshishian A, Zahriya K, Hartoonian T, Ayagian C. Duodenal Switch is a Safe Operation for Patients who have Failed Other Bariatric Operations. *Obes Surg.* 2004; 14(9): 1187-1192. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <http://link.springer.com/10.1381/0960892042387066>
 50. Parikh M, Pomp A, Gagner M. Laparoscopic conversion of failed gastric bypass to duodenal switch: Technical considerations and preliminary outcomes. *Surg Obes Relat Dis.* 2007; 3(6): 611-618. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728907005692>
 51. Demirel T. Mid-term Results of Laparoscopic Conversion of Gastric Bypass to Duodenal Switch for Weight Regain: The Review of the Literature and Single-Center Experience. *Obes Surg.* 2023; 33(12): 3889-3898. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11695-023-06885-9>
 52. Braghetto I, Cortes C, Herquiñigo D, Csendes P, Rojas A, Mushle M, et al. Evaluation of the Radiological Gastric Capacity and Evolution of the BMI 2–3 Years After Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg.* 2009; 19(9): 1262-1269. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11695-009-9874-y>
 53. Lind R, Ghanem OM, Ghanem M, Teixeira AF, Jawad MA. Duodenal Switch Conversion in Non-responders or Weight Recurrence Patients. *Obes Surg.* 2022; 32(12): 3984-3991. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11695-022-06297-1>
 54. Gagner M, Rogula T. Laparoscopic Reoperative Sleeve Gastrectomy for Poor Weight Loss after Biliopancreatic Diversion with Duodenal Switch. *Obes Surg.* 2003; 13(4): 649-654 [cited 2024 Dec 23]. Available from: <http://link.springer.com/10.1381/096089203322190907>
 55. Iannelli A, Schneck AS, Noel P, Amor IB, Krawczykowski D, Gugenheim J. Re-sleeve Gastrectomy for Failed Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: A Feasibility Study. *Obes Surg.* 2011; 21(7): 832-835 [cited 2025 Jan 25]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11695-010-0290-0>
 56. Noel P, Nedelcu A, Eddbali I, Gagner M, Danan M, Nedelcu M. Five-year results after resleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2020; 16(9): 1186-1191. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728920302057>
 57. Casillas RA, Um SS, Zelada Getty JL, Sachs S, Kim BB. Revision of primary sleeve gastrectomy to Roux-en-Y gastric bypass: Indications and outcomes from a high-volume center. *Surg Obes Relat Dis.* 2016; 12(10): 1817-1825 [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728916307377>
 58. Quezada N, Hernández J, Pérez C, Gabrielli M, Raddatz A, Crovari F. Laparoscopic sleeve gastrectomy conversion to Roux-en-Y gastric bypass: experience in 50 patients after 1 to 3 years of follow-up. *Surg Obes Relat Dis [Internet].* 2016; 12(8): 1611-1615. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728916301423>
 59. Iannelli A, Debs T, Martini F, Benichou B, Ben Amor I, Gugenheim J. Laparoscopic conversion of sleeve gastrectomy to Roux-en-Y gastric bypass: Indications and preliminary results. *Surg Obes Relat Dis.* 2016; 12(8):1533-1538 [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728916300399>
 60. Fehervari M, Banh S, Varma P, Das B, Al-Yaqout K, Al-Sabah S, et al. Weight loss specific to indication, remission of diabetes, and short-term complications after sleeve gastrectomy conversion to Roux-en-Y gastric bypass: A systematic review and meta-analysis. *Surg Obes Relat Dis.* 2023; 19(4): 384-395. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728922007572>
 61. Homan J, Betzel B, Aarts EO, Van Laarhoven KJHM, Janssen IMC, Berends FJ. Secondary surgery after sleeve gastrectomy: Roux-en-Y gastric bypass or biliopancreatic diversion with duodenal switch. *Surg Obes Relat Dis.* 2015; 11(4): 771-777. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728914003943>
 62. Weiner RA, Theodoridou S, Weiner S. Failure of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy – Further Procedure? *Obes Facts.* 2011; 4(s1): 6–6. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://karger.com/OFA/article/doi/10.1159/000327343>
 63. Carmeli I, Golomb I, Sadot E, Kashtan H, Keidar A. Laparoscopic conversion of sleeve gastrectomy to a biliopancreatic diversion with duodenal switch or a Roux-en-Y gastric bypass due to weight loss failure: Our algorithm. *Surg Obes Relat Dis [Internet].* 2015;1 1(1): 79-85. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728914001610>
 64. Neichoy BT, Schniederjan B, Cottam DR, Surve AK, Zaveri HM, Cottam A, et al. Stomach Intestinal Pylorus-Sparing Surgery for Morbid Obesity. *JSLs.* 2018; 22(1): e2017.00063 [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5779797/>
 65. Sánchez-Pernaute A, Rubio MÁ, Conde M, Arrue E, Pérez-Aguirre E, Torres A. Single-anastomosis duodenoileal bypass as a second step after sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2015; 11(2): 351-355. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550728914002676>
 66. Dijkhorst PJ, Boerboom AB, Janssen IMC, Swank DJ, Wiezer RMJ, Hazebroek EJ, et al. Failed Sleeve Gastrectomy: Single Anastomosis Duodenoileal Bypass or Roux-en-Y Gastric Bypass? A Multicenter Cohort Study. *Obes Surg.* 2018; 28(12): 3834-3842. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11695-018-3429-z>
 67. Noun R, Slim R, Chakhtoura G, Gharis J, Chouillard E, Tohmé-Noun C. Resectional One Anastomosis Gastric Bypass/Mini Gastric Bypass as a Novel Option for Revision of Restrictive Procedures: Preliminary Results. *J Obes.*

ARTÍCULO DE REVISIÓN / REVIEW ARTICLE

Recurrencia de peso después de la cirugía bariátrica: Definiciones, diagnóstico y estrategias de manejo - R. Díaz, et al.

- 2018; 2018: 1–6. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/job/2018/4049136/>
68. Sharaiha RZ, Kedia P, Kumta N, Aronne LJ, Kahaleh M. Endoscopic sleeve plication for revision of sleeve gastrectomy. *Gastrointest Endosc.* 2015; 81(4): 1004. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016510714018410>
69. Maselli DB, Alqahtani AR, Abu Dayyeh BK, Elahmedi M, Storm AC, Matar R, et al. Revisional endoscopic sleeve gastroplasty of laparoscopic sleeve gastrectomy: An international, multicenter study. *Gastrointest Endosc.* 2021; 93(1): 122-130. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016510720343637>