

Evolución de pérdida de peso y comorbilidades tras 15 años de cirugía bariátrica en el Hospital Severo Ochoa

Mikel Rojo Abecia ⁽¹⁾, María Marqueta De Salas ⁽¹⁾, Antonio García Domínguez ⁽¹⁾, Ana Álvarez Cuiñas ⁽¹⁾, María Dolores Cancelas Felgueras ⁽¹⁾, Ricardo Jesús Castro Lara ⁽¹⁾, Asier Mañaricua Arnaiz ⁽¹⁾, Miriam Pérez Pelayo ⁽²⁾, Raquel Blanco Corral ⁽²⁾, Javier Martín Ramiro ⁽¹⁾.

1. Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

2. Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

E-mail: mrojoabeci@mail.com

DOI: <https://www.doi.org/10.53435/funj.00994>

Recepción: 24-Julio-2024

Aceptación: Noviembre-2024

Publicación online: N° Diciembre-2024

Resumen

Los resultados de la cirugía bariátrica a largo plazo no están adecuadamente estudiados en la actualidad. Este trabajo evalúa los resultados de 22 pacientes operados entre 2007 y 2008, analizando tres tipos de intervención: bypass gástrico, banda gástrica y gastrectomía vertical. Tras 15 años, se observó una disminución media de 14 puntos en el índice de masa corporal. La prevalencia de diabetes, dislipemia y síndrome de apnea del sueño disminuyó, aunque aumentó el porcentaje de pacientes con hipertensión y artrosis. Un 27% de los pacientes reportaron algún grado de reflujo o disfagia. El bypass gástrico y la gastrectomía vertical mostraron los mejores resultados en pérdida de peso y satisfacción del paciente. La banda gástrica, por su parte, presentó peores

resultados, con una menor pérdida de peso y una mayor necesidad de reintervenciones. La satisfacción global de los pacientes con la cirugía fue alta, con una media de 8 sobre 10, siendo los pacientes sometidos a gastrectomía vertical los más satisfechos. Este análisis a largo plazo subraya la eficacia del bypass gástrico y la gastrectomía vertical en el tratamiento de la obesidad, no solo en términos de pérdida de peso sino también en el control de comorbilidades y satisfacción del paciente.

Palabras clave

- 15 años
- Largo plazo
- Evolución

Weight loss and comorbidities evolution after 15 years of bariatric surgery at the Severo Ochoa Hospital

Abstract

The long-term results of bariatric surgery are not well studied currently. This work evaluates the long-term results of 22 patients operated between 2007 and 2008, analyzing three different interventions: gastric bypass, gastric band and sleeve gastrectomy. After 15 years, a 14-point decrease in body mass index was observed in average. The prevalence of diabetes, dyslipidemia and obstructive apnea decreased, although the percentage of patients with hypertension and osteoarthritis was higher. 27% of patients reported some degree of reflux or dysphagia. Gastric bypass and sleeve gastrectomy showed the best results in weight loss and patient satisfaction. Gastric band, on the other hand, presented worse results, with less

weight loss and a higher number of reinterventions. Overall patient satisfaction with the surgery was high, with a mean score of 8 out of 10, with sleeve gastrectomy patients being the most satisfied. This long-term analysis underlines the efficacy of gastric bypass and sleeve gastrectomy in the treatment of obesity, not only in terms of weight loss but also in the control of comorbidities and patient satisfaction.

Keywords:

- 15 years
- Long term
- Follow up

Introducción

La cirugía bariátrica busca como objetivos principales la pérdida de peso y la mejoría o resolución de las comorbilidades relacionadas con la obesidad. Actualmente se trata del tratamiento más eficaz por encima de la dieta, el ejercicio, los fármacos o una combinación de estos (1) (2). La mayoría de los estudios analizan resultados a corto o medio plazo. Sin embargo, existen menos trabajos que analicen los resultados a un plazo mayor de 10 años tras la cirugía. El objetivo de este estudio es analizar la pérdida ponderal, la evolución de las comorbilidades relacionadas con la obesidad y la satisfacción de los pacientes operados hace 15 años en nuestro centro.

Material y método

Se ha empleado la base de datos de cirugía bariátrica y se han extraído las variables preoperatorias y el tipo de cirugía de los pacientes operados durante los años 2007 y 2008. A través de la historia clínica se han registrado las complicaciones postoperatorias y las reintervenciones precoces o tardías. Mediante una encuesta telefónica y contrastando los datos reportados con los registrados en la historia clínica, se han recogido el peso y las comorbilidades actuales y el seguimiento por parte del servicio de endocrinología. Se ha interrogado a los pacientes sobre síntomas de disfgia, reflujo gastroesofágico, pirosis y dumping. Por último, se ha solicitado a los pacientes que valoren globalmente su satisfacción con la cirugía en relación a su mejora en la calidad de vida entre 1 y 10 puntos.

Resultados

De los 29 pacientes operados, 2 han fallecido por patología oncológica y 5 han sido imposibles de localizar, quedando 22 pacientes. De estos, 10 se sometieron a un bypass gástrico, en 9 se colocó una banda gástrica y en los 3 restantes se realizó una gastrectomía vertical.

En uno de los pacientes sometido a bypass, se revirtió la cirugía por desnutrición. 3 pacientes con banda gástrica fueron reintervenidos, en uno de ellos se retiró la banda por intolerancia y en los otros 2 se hizo un bypass tras retirar la banda por reganancia de peso. Por lo tanto, se han analizado en total 18 pacientes.

En general, tras 15 años, el IMC medio de los pacientes ana-

lizados es 14 puntos menor. En cuanto a la evolución de las comorbilidades, los pacientes con diabetes han pasado de un 17% a un 9%, los pacientes con dislipemia de un 17% a un 15% y con SAOS de un 48% a un 9%. El porcentaje de pacientes con HTA y artrosis, sin embargo, ha aumentado en un 5% y un 14% respectivamente.

5 pacientes, un 27%, refiere reflujo a diario. De estos, dos son pacientes sometidos a bypass gástrico, otros dos pacientes con banda gástrica y uno del grupo de gastrectomía vertical. De entre ellos uno de los del grupo de bypass y otro del grupo de banda gástrica refieren además algún grado de disfgia. Otros tres pacientes repartidos uno por cada grupo, reportan disfgia sin reflujo asociado.

Respecto al seguimiento por endocrinología, globalmente la mitad de los pacientes sigue siendo periódicamente valorado en consulta. Analizado este punto por grupos, encontramos que 2 pacientes del grupo bypass, 4 del grupo banda gástrica y los 3 en los que se realizó una gastrectomía vertical están en seguimiento.

La satisfacción media global en relación a la mejoría de su calidad de vida gracias a la cirugía es de 8 puntos sobre 10.

Analizando los pacientes sometidos a bypass, si excluimos a la paciente que requirió reversión de la anatomía por desnutrición, a los 15 años el IMC medio es 15,7 puntos menor, el porcentaje medio de exceso de peso perdido es del 59,4% y la satisfacción media es de 8,9 sobre 10.

De los 9 pacientes a los que se les colocó una banda gástrica se han excluido los 3 reoperados para el análisis. A los 15 años el IMC medio es 7,7 puntos más bajo, el porcentaje medio de exceso de peso perdido es del 36% y la satisfacción global es de 6,8 puntos.

Analizando los 3 pacientes sometidos a gastrectomía vertical, el IMC medio es 12,7 puntos menor, el porcentaje medio de exceso de peso perdido es del 48,5% y la satisfacción media es de 9,3.

Estos resultados se muestran en la tabla 1.

	Diferencia de IMC media (desviación estándar)	% medio EPP (desviación estándar)	Satisfacción media (desviación estándar)
Bypass gástrico	15.7 (5.8)	59.4% (22)	8.9 (0.8)
Banda gástrica	7.7 (4.5)	36% (24)	6.8 (2.7)
Gastrectomía vertical	12.7 (1.6)	48.5 (7.2)	9.3 (1.2)

EPP: exceso de peso perdido

Tabla 1

Discusión

La eficacia de la cirugía bariátrica a largo plazo es todavía hoy en día una incógnita. Diferentes estudios apuntan a reganancias de peso sobre todo a partir de los 5 años de la cirugía (3) tanto en la gastrectomía vertical como en el bypass gástrico y otras cirugías metabólicas.

Teniendo en cuenta esto, es importante conocer si a pesar de esta tendencia a la reganancia, el control de las comorbilidades se ve afectado y si los pacientes se encuentran satisfechos con el tratamiento.

En los pacientes estudiados en nuestro análisis se mantiene una pérdida de peso aceptable a largo plazo sobre todo en los pacientes sometidos a bypass y gastrectomía vertical siendo algo peor en el grupo de banda gástrica. Esto coincide con los resultados de la literatura (4).

En general el control de las comorbilidades importantes es adecuado, sobre todo teniendo en cuenta que la edad es un claro factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión, dislipemia y diabetes y que el estudio se ha hecho después de 15 años de la cirugía.

Los pacientes que tienen hecha una gastrectomía vertical son los que más satisfechos están con la cirugía realizada. Esto probablemente se deba a que unido a una pérdida de peso significativa son pacientes con menor necesidad de suplementos alimenticios y que en nuestra muestra son el grupo de pacientes con mayor seguimiento por el servicio de endocrinología. Además, en general son pacientes con menor número de comorbilidades metabólicas, por lo que un teórico peor control de las mismas en relación al bypass no es tan importante. Esto difiere con el resultado de otros estudios que afirman que los pacientes sometidos a bypass gástrico tienen un grado de satisfacción mayor debido a la mayor eficacia global en relación a la pérdida de peso y control de comorbilidades (5).

Conclusiones

El análisis a los 15 años tras cirugía bariátrica en nuestro centro presenta unos buenos resultados en cuanto a la pérdida de peso sobre todo en los pacientes sometidos a bypass gástrico y gastrectomía vertical. Además, en este grupo de pacientes sólo se ha registrado una reintervención por problemas derivados de la cirugía.

Los resultados de la banda gástrica son peores, con menor pérdida de peso y mayor necesidad de reintervenciones por fracaso o problemas relacionados con la cirugía.

Globalmente la evolución de las comorbilidades relacionadas con la obesidad es buena, apreciándose un descenso de los pacientes con diabetes, dislipemia o síndrome de apnea del sueño. En cuanto a la percepción del tratamiento y su influencia en la calidad de vida, los pacientes sometidos a gastrectomía vertical son los más satisfechos, seguidos por el grupo de bypass y por último el grupo de banda gástrica.

Agradecimientos

A los servicios de cirugía general y endocrinología del hospital Severo Ochoa de Leganés.

Bibliografía

1. Patterson EJ, Urbach DR, Swanström LL. A comparison of diet and exercise therapy versus laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass surgery for morbid obesity: a decision analysis model. *J Am Coll Surg [Internet]*. 2003;196(3):379–84. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1072-7515\(02\)01754-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1072-7515(02)01754-4)
2. Klair N, Patel U, Saxena A, Patel D, Ayesha IE, Monson NR, et al. What is best for weight loss? A comparative review of the safety and efficacy of Bariatric Surgery versus glucagon-like peptide-1 analogue. *Cureus [Internet]*. 2023;15(9):e46197. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.46197>
3. Gulinac M, Miteva DG, Peshevska-Sekulovska M, Novakov IP, Antovic S, Peruhova M, et al. Long-term effectiveness, outcomes and complications of bariatric surgery. *World J Clin Cases [Internet]*. 2023;11(19):4504–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12998/wjcc.v11.i19.4504>
4. Carlin AM, Zeni TM, English WJ, Hawasli AA, Genaw JA, Krause KR, et al. The comparative effectiveness of sleeve gastrectomy, gastric bypass, and adjustable gastric banding procedures for the treatment of morbid obesity. *Ann Surg [Internet]*. 2013;257(5):791–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182879ded>
5. Varvoglis DN, Lipman JN, Li L, Sanchez-Casalongue M, Zhou R, Duke MC, et al. Gastric bypass versus sleeve gastrectomy: Comparison of patient outcomes, satisfaction, and quality of life in a single-center experience. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A [Internet]*. 2023;33(2):155–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/lap.2022.0127>

©2024 seco-seedo. Publicado por bmi-journal.
Todos los derechos reservados.

