

Artículo Original Breve

Bypass gástrico vs Gastrectomía Vertical Laparoscópicos en obesidad mórbida: resultados tras 5 años de seguimiento**Five-year outcomes of laparoscopic bypass gastrectomy vs sleeve gastrectomy for morbid Obesity**

Vicente Muñoz, Andrés Sánchez-Pernaute, Miguel Josa, Cristina Sánchez, Beatriz Calvo, Antonio Torres.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España. ✉ vicentemlp@gmail.com

Resumen: Objetivo: analizar y comparar los resultados tras 5 años de seguimiento de pacientes intervenidos mediante dos técnicas de cirugía bariátrica. **Material y métodos:** análisis observacional retrospectivo de cohortes de un grupo de 104 pacientes intervenidos mediante bypass gástrico laparoscópico (BGL) y otro de 85 mediante gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) en el periodo de enero de 2009 a enero 2012. **Resultados:** porcentaje de pérdida del exceso de peso 74% en BGL y 63% en GVL. El fracaso del tratamiento (EWL<50%) fue de 12% de los pacientes tras BGL y de 22% del grupo GVL. Finalmente el seguimiento a 5 años lo completaron el 57% de los pacientes tras BGL y 47% de GVL. **Conclusiones:** No existen diferencias significativas en cuanto al porcentaje de pérdida de exceso de peso ni fracaso del tratamiento entre el BGL y la GVL sin embargo hay tendencia a favor de BGL. El seguimiento a 5 años no lo cumplieron alrededor de la mitad de los pacientes.

Palabras clave: Obesidad mórbida, Bypass gástrico laparoscópico, Gastrectomía vertical.

Abstract: Objective: to analyze and compare the results after 5 years of follow-up of patients undergoing surgery using two bariatric surgery techniques. **Material and methods:** retrospective observational cohort analysis of a group of 104 patients operated on by laparoscopic gastric bypass (BGL) and another of 85 by laparoscopic vertical gastrectomy (GVL) in the period from January 2009 to January 2012. **Results:** percentage of excess weight loss 74% in BGL and 63% in GVL. The treatment failure (EWL <50%) was 12% of the patients after BGL and 22% of the GVL group. Finally, the 5-year follow-up was completed by 57% of the patients after BGL and 47% of GVL. **Conclusions:** There are no significant differences in the percentage of excess weight loss or treatment failure between BGL and GVL, however there is a tendency in favor of BGL. The 5-year follow-up is not performed by about half of the patients.

Keywords: Morbid obesity, Gastric bypass, Sleeve gastrectomy.

Introducción

La obesidad en la población general se encuentra entre el 20 – 25% y junto al síndrome metabólico asociado a ella son un problema sanitario, social y económico¹. El tratamiento más eficaz para obtener una pérdida de peso mantenida y para la resolución de las comorbilidades es la cirugía², pero saber cuál es la técnica ideal es la piedra angular de la bariátrica. El Bypass gástrico laparoscópico (BGL) se considera el gold standard de la cirugía bariátrica, pero el aumento de indicaciones de la Gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) por su menor complejidad técnica así como sus buenos resultados a corto y medio plazo publicados, han hecho que se postule como la alternativa al BGL³. Sin embargo, en estudios a largo

plazo parece que el BGL continua obteniendo mejores resultados⁴. El objetivo primario de este estudio es analizar los resultados en cuanto a pérdida de peso, fracaso del tratamiento y seguimiento de pacientes intervenidos mediante BGL y GV tras 5 años de seguimiento. El objetivo secundario es analizar la mejoría o curación de las comorbilidades como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Material y método:

El estudio consiste en un análisis observacional retrospectivo de cohortes enmarcado en un periodo de 3 años (desde el 1 de enero de 2009 al 1 de enero de 2012). Se incluyeron 189 pacientes intervenidos por obesidad mórbida en la sección de cirugía

esofagogástrica y bariátrica del servicio de cirugía general del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. A 104 de ellos se les realizó BGL y a 85 GV. En cuanto a la técnica quirúrgica, para la GV se inicia la sección gástrica a 4 cm de píloro, calibrada con sonda de Fouchet de 42 french y con endograpadora protegida. En el BGL se realizó un reservorio gástrico de aproximadamente 20 mL, un asa biliar de 100 cm y alimentaria de 150 cm con ascenso antecólico y anastomosis gastroyeyunal de 2,5cm. Tras completar 5 años de seguimiento de los pacientes hemos analizado: porcentaje de exceso de peso perdido (EWL%), índice de masa corporal (IMC) y fracaso del tratamiento que se establece como una pérdida del exceso de peso inferior al 50% (EWL%<50). Los datos se recogieron durante los 5 años posteriores al tratamiento quirúrgico mediante visitas periódicas en consultas externas de cirugía general. Así mismo se ha evaluado secundariamente la curación o mejoría de comorbilidades asociadas como diabetes mellitus, hipertensión arterial y síndrome de apnea obstructiva del sueño. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico IBM SPSS statistics 20.

Resultados

El IMC medio preoperatorio fue 45,3 GV y 42,3 BGL y tras 5 años de seguimiento fue 30,7 GV y 29,5 BGL. El valor de EWL(%) a 12 meses fue 77,6% en GV y 81,2% en BGL. A 24 meses 73,3% (GV) y 77% (BGL), 36 meses 70% (GV) y 75% (BGL), 48 meses 65% (GV) y 73% (BGL) y finalmente el EWL(%) a 60 meses 63% (GV) y 74,4% (BGL) Figura 1.

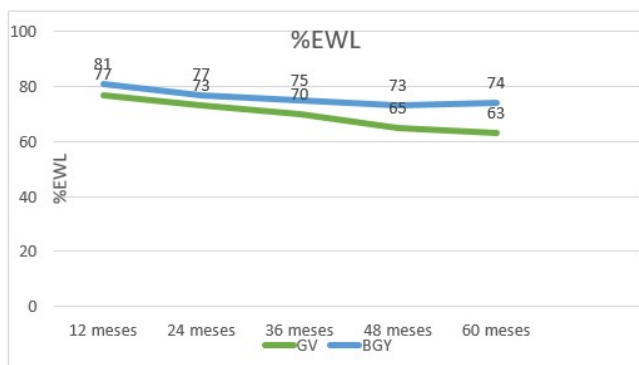


Figura 1. %EWL: porcentaje de peso perdido

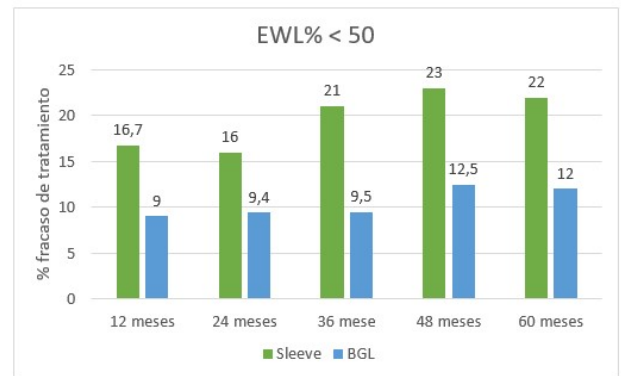


Figura 2. EWL% < 50%: pacientes que pierden menos del 50% del exceso de peso

El porcentaje de pacientes con fracaso del tratamiento (EWL%<50) para GV fue de 16,7% a los 12meses, 16% a los 24 meses, 21% a los 36 meses, 23,5% a los 48 meses y 22,2% a los 60 meses. En el caso de BGL el EWL%<50 fue de 9,5% a los 12 meses, 9,5% a los 24 meses, 9,4% a los 36 meses, 12,5% a los 48 meses y 12% a los 60 meses. Figura 2. El seguimiento durante los 5 años de estudio lo completaron 60 pacientes (57,4%) de los 104 sometidos a BGL y 40 (47%) de los 85 intervenidos a GV. Figura 3. Las comorbilidades asociadas también se analizaron. La DM se curó o mejoró en el 92% de los pacientes a los 5 años de BGL y el 80% de GV. La HTA se curó o mejoró el 83% de BGL y 75% de GV. Y el síndrome de apnea obstructiva del sueño, mejoró el 78% tras BGL y 68% tras GV después de 5 años.

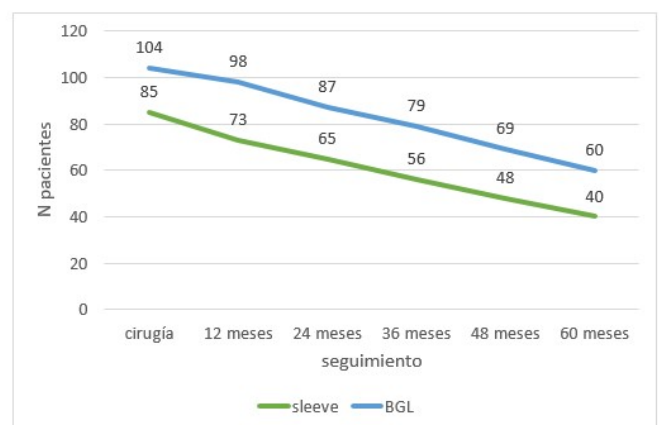


Figura 3. N pacientes

Conclusiones

El BGL es una técnica mixta cuyos buenos resultados a largo plazo están consolidados. Por otro lado el aumento de la realización de gastrectomía vertical asociado a los buenos resultados en pérdida de peso y de resolución de comorbilidades a corto plazo5 la han

considerado la alternativa⁶. Además, estudios que demuestran la reducción de grelina tras la sección gástrica y la disminución de su efecto orexigénico, van a favor de que la GV no es solamente una técnica puramente restrictiva^{7,8}. En la búsqueda de resultados a largo plazo, la mayoría de los estudios que comparan ambas técnicas no hallan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a pérdida de peso, si bien parece obtener mejores resultados el BGL. Por otro lado los resultados en cuanto a la resolución de la diabetes, la HTA y la dislipemia siguen siendo a favor del BGL, así como la enfermedad por reflujo gastroesofágico^{2,9,10}. Los resultados observados en nuestra serie confirman que, aunque no hay diferencias significativas, el BGL obtiene mayor pérdida de peso y resultados más homogéneos durante el seguimiento de los pacientes. Así mismo también se evidencia mayor control de las comorbilidades. Uno de los problemas que se detecta de estos pacientes es la falta de adherencia al seguimiento en consultas externas⁸. Hay distintas publicaciones que así lo expresan y en nuestra cohorte se evidencia que no completan los 5 años de seguimiento alrededor de la mitad de los pacientes. La creación de programas que provoquen mayor adherencia, implicación y compromiso para el seguimiento de estos pacientes pueden mejorar los resultados de pérdida de peso y resolución de comorbilidades.

Bibliografía

1 Menguer RK, Weston AC, Schmid H. Evaluation of metabolic syndrome in morbidly obese patients submitted to laparoscopic bariatric surgery: comparison of the results between roux-en-y gastric bypass and sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2017 Jul;27(7):1719-1723

2-Li F, Lai L, Lin Z. Comparison of the long-term results of roux-en-y gastric bypass and sleeve gastrectomy for morbid obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials. *Surg laparosc endosc percutan tech*. 2014; 24: 1–11

3-Boza C, Daroch B, Barros D. Long-term outcomes of laparoscopic sleeve gastrectomy as a primary bariatric procedure. *Surg Obes Relat Dis*. 2014; Nov-Dec;10(6):1129-33

4-Peterli R1, Wölnerhanssen BK, Vetter D, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy versus roux-y-gastric bypass for morbid obesity—3-year outcomes of the prospective randomized swiss multicenter bypass or sleeve study. *Ann surg* 2017 Mar; 265(3):466–473.

5-Schauer P, Ikramuddin S, Gourash W, et al. Outcomes after laparoscopic roux-en-y gastric bypass for morbid obesity. *Ann Surg*. 2000 Oct;232(4):515–29.

6-Li j, Lai D, Wu D. Laparoscopic roux-en-y gastric bypass versus laparoscopic sleeve gastrectomy to treat morbid obesity-related comorbidities: a systematic review and meta-analysis. *Obes Surg*. 2016 Feb; 26:429–442

7-Steinert R, Feinle-bisset C, Asarian I, et al. Ghrelin, CCK, GLP-1, and PYY (3–36):secretory controls and physiological roles in eating and glycemia in health, obesity, and after RYGB. *Physiol Rev*. 2017 Jan 97: 411–463, 2017

8-Leyba JL, Llopis SN, Aulestia SN. Laparoscopic roux-en-y gastric bypass versus laparoscopic sleeve gastrectomy for the treatment of morbid obesity. A prospective study with 5 years of follow-up. *Obes Surg*. 2014 Dec; 24(12):2094–2098

9-Sabench F, Molina A, Vives M, et al. Weight loss analysis according to different formulas

after sleeve gastrectomy with or without antral preservation: a randomised study. *Obes surg*. 2017 May;27(5):1254-1260

10- Mehaffey IH, Lapar DJ, Clement KC, et al. 10-year outcomes after roux-en-y gastric bypass. *Ann Surg* 2016 Jul; 264(1):121-126