

Efectividad de la gastrectomía vertical frente al bypass gástrico en y de Roux en el tratamiento de la obesidad mórbida: ¿Cuál es la mejor técnica?

María Arteaga Ledesma¹, Jennifer Triguero Cabrera^{1,2}, Mónica Mogollón González¹, Mohamed Hassin Mohamed Chairi^{1,2}, María Jesús Álvarez Martín¹, Jesús María Villar del Moral^{1,2}.

(1) Sección de Cirugía Esofagogastrica y Bariátrica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada). (2) Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (IBS. Granada).

E-mail: arteagaledesmamaria@gmail.com

DOI: <https://www.doi.org/10.53435/funj.00905>

Recepción (primera versión): 27-Mayo-2022

Aceptación: Octubre-2022

Publicación online: N^o Octubre 2022

Resumen:

El objetivo del estudio fue comparar los resultados obtenidos tras gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) vs bypass gástrico proximal laparoscópico (BGPL) en Y de Roux para el tratamiento de la obesidad mórbida en términos de pérdida ponderal, control de comorbilidades y eventos adversos.

Se diseñó un estudio observacional, unicéntrico con 154 pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre los años 2012-2021. 125 pacientes fueron sometidos a GVL y 29 a BGPL.

La eficacia de la GVL y del BGPL como tratamiento primario de la obesidad mórbida fue similar, sin diferencias significativas en cuanto a pérdida de peso. En relación a la resolución de comorbilidades, el BGPL demostró mejores resultados. Aunque las dos técnicas presentaron bajos índices de

morbilidad, el BGPL presentó mayor tasa de complicaciones intra y postoperatorias y una estancia hospitalaria más prolongada. Por su parte, la GVL precisó un mayor porcentaje de reintervenciones y presentó peores resultados en relación a la resolución del reflujo preoperatorio y a la aparición de reflujo “de novo”.

Palabras clave:

- Gastrectomía vertical
- Bypass gástrico
- Efectividad
- Complicaciones

Effectiveness of sleeve gastrectomy versus Roux-en-y gastric bypass in morbid obesity surgery: which is the best technique?

Abstract:

The objective of the study was to compare the results after laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) versus laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass (LRYGB) in the treatment of morbid obesity in terms of weight loss, comorbidities remission and complications.

An observational unicentric study of 154 obese patients who underwent bariatric surgery from 2012 to 2021 was designed. We report the results of 125 LSG patients and 29 patients with LRYGB.

The effectiveness of LSG and LRYGB as primary treatment for morbid obesity was comparable, without statistical significance related to weight loss. Regarding comorbidities resolution, LRYGB showed better results. Although both

techniques associated low morbidity rate, the LRYGB presented with higher intraoperative and postoperative complications rate and longer hospital stay. On the other hand, LSG required a higher percentage of reinterventions and showed worse results related to preoperative reflux disease remission and de novo reflux onset.

Keywords:

- Sleeve gastrectomy
- Gastric bypass
- Effectiveness
- Complications

Introducción

La cirugía bariátrica (CB) es actualmente el tratamiento más eficaz para los pacientes con obesidad mórbida, habiendo demostrado una mayor efectividad en la reducción de peso y control de comorbilidades en comparación con la terapia médica (1).

El bypass gástrico proximal laparoscópico (BGPL) en Y de Roux ha sido considerado la técnica “gold estándar”. Sin embargo, la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) se ha convertido en el procedimiento quirúrgico más realizado a nivel mundial, a pesar de la falta de evidencia sobre su efectividad a largo plazo. Las diferencias respecto a eficacia y seguridad entre estos dos procedimientos se han definido con menos claridad (2).

El objetivo de nuestro estudio fue comparar los resultados obtenidos tras GVL y BGPL para el tratamiento de la obesidad mórbida en términos de pérdida ponderal, control de las comorbilidades y eventos adversos.

Material y Métodos

Estudio observacional y unicéntrico realizado sobre una cohorte de pacientes sometidos a CB entre enero de 2012 y enero de 2021. El seguimiento mínimo fue de 1 año.

Incluimos pacientes entre 18 y 65 años que cumplieran criterios generales para CB. Los criterios para indicar el tipo de técnica quirúrgica se resumen en la Figura 1.

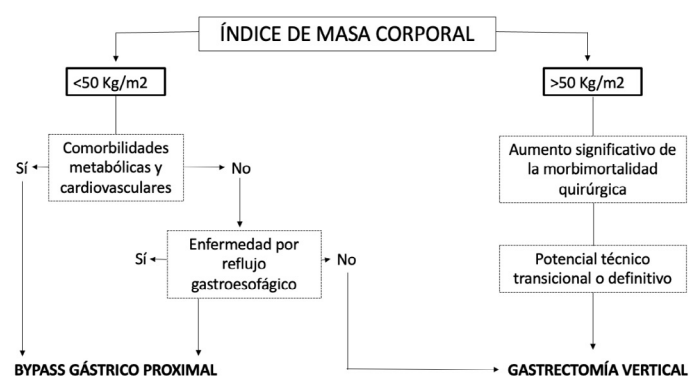


Figura 1. Criterios de selección de la técnica quirúrgica.

Ambas técnicas quirúrgicas fueron realizadas mediante abordaje laparoscópico siguiendo los estándares publicados en las guías de actuación.

La efectividad del procedimiento se evaluó como pérdida ponderal según el Porcentaje de Peso Total Perdido (%PTP= [peso inicial-peso actual/peso inicial] *100) y según la tasa

de resolución de comorbilidades. La cirugía se consideró exitosa cuando el %PTP fue mayor del 30%. La seguridad del procedimiento se evaluó en función de las complicaciones intraoperatorias y la morbilidad postoperatoria.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital y se realizó bajo los principios de la declaración de Helsinki. Los sujetos participantes firmaron el debido consentimiento informado.

Se establecieron dos grupos de estudio en función de la técnica quirúrgica empleada. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes; las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. En el estudio estadístico se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS 20.0 (SPSS, Armonk NY).

Resultados

Se incluyeron 154 pacientes: 125 pacientes (81,2%) fueron sometidos a GVL y 29 (18,8%) a BGPL. En la Tabla 1 se expresan las diferentes variables analizadas estratificadas según la técnica quirúrgica realizada.

		GVL (n=125)	BGPL (n=29)	P
PARÁMETROS PREOPERATORIOS	Género -Varón -Mujer	44(35,2%) 81(64,8%)	9(31%) 20(69%)	0,671
	Edad(años)	44(37-52)	50(39,5-54)	0,229
	ASA -I-II -III-IV	41(32,8%) 84(54,5%)	13(44,8%) 16(55,2%)	0,221
	HTA	61(48,8%)	17(58,6%)	0,341
	DM II	35 (28%)	13(44,8%)	0,078
	SAOS	67(53,6%)	16(55,2%)	0,878
	Colelitiasis	20(16%)	3(10,3%)	0,441
	Reflujo preoperatorio	11(8,8%)	13(44,8%)	<0,001
	Patología hiatal/esofagitis EDA	24(19,5%)	13(48,1%)	0,002
	BIG preoperatorio	25(20%)	0	0,005
PARÁMETROS QUIRÚRGICOS	IMC preoperatorio(kg/m²)	49(44,9-55,3)	42,7(39,6-46,4)	<0,001
	Hernia hiato intraoperatoria	8(6,4%)	5(19,2%)	0,034
	Hiatoplastia	8(6,4%)	4(13,7%)	0,106
	Esteatosis intraoperatoria -No -Leve -Moderada/grave	39(33,3%) 45(38,5%) 33(28,2%)	4(16%) 8(32%) 12(48%)	0,023
	Conversión laparotomía	2(1,6%)	1(3,4%)	0,468
	Complicaciones intraoperatorias	0	1(3,4%)	0,005
	Drenaje intraabdominal	13(10,4%)	5(17,2%)	0,236
	Duración cirugía(minutos)	100(80-125)	183(165-245)	<0,001
	Dindo-Clavien - No -I-II -III -IV	123(98,4%) 2(1,6%) 2(1,6%) 0	26(89,7%) 2(6,9%) 3(10,3%) 0	0,03
	Complicaciones postoperatorias: -Sangrado -Fuga -Obstrucción	3(2,4%) 2(1,6%) 0	1(3,4%) 1(3,4%) 2(6,9%)	0,574
Reintervención	2(1,6%)	3(10,3%)	0,040	
Mortalidad	0	0	1	
PARÁMETROS POSTOPERATORIOS	Estancia hospitalaria(días)	3(2,2-4)	4(3-5)	0,002
	Remisión HTA	31(50,8%)	12(70,5%)	0,398
	Remisión DMII	20(57,1%)	11(84,6%)	0,095
	Remisión SAOS	21(31,3%)	11(68,7%)	0,013
	Reflujo postoperatorio -De novo -Persistente	38(30,4%) 27(21,6%) 11(100%)	2(6,9%) 1(3,4%) 1(7,7%)	0,009
	Cirugía revisional	13(10,4%)	0	0,082
	%PTP -1ºmes -3ºmes -6ºmes -1ºaño -2ºaño -3ºaño	11,2(8,3-14,5) 18,7(15,4-22,9) 26,6(21,1-30,7) 33,6(27,5-39) 36,7(27,5-41,8) 30,7(25,3-38,8)	10,53(8,3-13,4) 20,52(13,7-24,1) 26,4(21,4-29,7) 34,2(31,7-39,1) 36(27,3-41,8) 39,2(29,6-42,3)	0,825 0,983 0,773 0,349 0,929 0,657

Tabla 1. Resultados del estudio univariante.

ASA: American Society of Anesthesiologists. HTA: hipertensión arterial. DMII: diabetes mellitus tipo 2. SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño. EDA: endoscopia digestiva alta. BIG: balón intragástrico. IMC: índice de masa corporal. %PTP: porcentaje de peso total perdido.



No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la mayor parte de parámetros preoperatorios analizados, salvo un mayor Índice de Masa Corporal (IMC) ($p < 0,001$) y uso de balón intragástrico ($p = 0,005$) en los pacientes sometidos a GVL, y mayor incidencia de reflujo ($p < 0,001$) en los pacientes intervenidos de BGPL.

En general, ambas técnicas redujeron significativamente el peso, manteniendo un %PTP mayor al 30% a partir del primer año postoperatorio. Aunque no se detectaron diferencias significativas, se observó una tendencia a la reganancia ponderal a partir del segundo año postoperatorio en el grupo de pacientes sometidos a GVL (Figura 2).

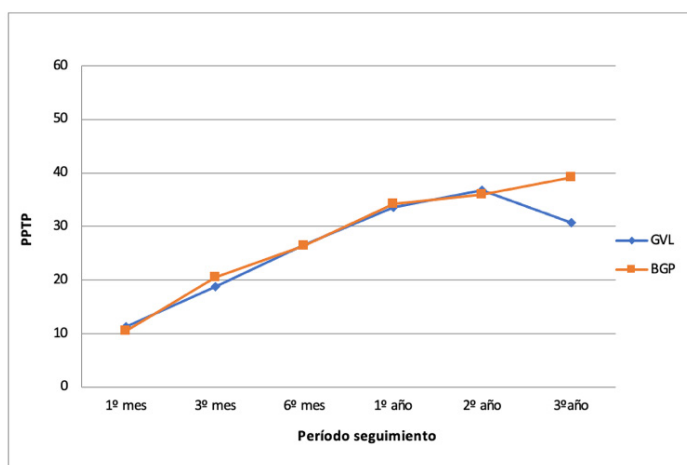


Figura 2. Evolución del peso en función de la técnica empleada.

Hubo diferencias significativas para el control del SAOS ($p = 0,013$) y del reflujo ($p = 0,009$) a favor del BGPL.

Aunque las cifras de morbimortalidad fueron bajas en ambos grupos, el BGPL presentó mayor índice de complicaciones intraoperatorias ($p = 0,005$) y postoperatorias graves ($p = 0,030$). De forma similar, el tiempo quirúrgico, y la estancia hospitalaria, fueron significativamente superiores en el grupo de pacientes sometidos a BGPL. Por su parte, la GVL se asoció a una mayor tasa de reflujo postoperatorio ($p = 0,009$).

Discusión

El BGPL y la GVL han demostrado resultados exitosos respecto a la reducción del peso preoperatorio y control de comorbilidades en nuestra cohorte. No obstante, el BGPL mostró una ligera supremacía para el control ponderal a largo plazo, así como de algunas comorbilidades como el SAOS y el reflujo preoperatorio. Asimismo, ambas técnicas han demostrado ser seguras, con cifras de morbimortalidad bajas.

Este trabajo no detectó diferencias significativas entre ambas técnicas respecto a la pérdida ponderal, coincidiendo con los resultados publicados por Peterly et al (1). No obstante, existen numerosas publicaciones que demuestran un mejor mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo tras BGPL (2), tendencia que también podemos observar en nuestro estudio a partir del segundo año postoperatorio, aunque sin significación estadística. Si bien, son abundantes los estudios que comparan ambas técnicas, las diferentes formas de divulgar la pérdida ponderal hacen difícil obtener resultados fiables sobre todo a largo plazo.

El control de la diabetes tipo II es uno de los puntos que más preocupa al cirujano bariátrico. Aunque la mayor parte de las publicaciones muestran un mejor control de esta comorbilidad tras BGPL, en nuestro trabajo a pesar de una mayor tasa de remisión respecto a la GVL, no obtuvimos diferencias estadísticamente significativas (2,3). En relación al control del reflujo preoperatorio, este estudio coincidió con los resultados publicados en la literatura, demostrando un mejor control del mismo tras BGLP (1). El empeoramiento de los síntomas de reflujo y la aparición de reflujo “de novo” se observó con mayor frecuencia tras GVL. En la mayoría de los casos los síntomas de reflujo fueron leves y pudieron tratarse de forma conservadora, no obstante, un porcentaje no desdeñable de pacientes precisaron conversión a BGLP, lo que justifica la mayor tasa de cirugía revisional en este grupo.

En relación a las complicaciones postoperatorias nuestros resultados coinciden con los publicados, con bajos índices de morbilidad para ambas técnicas (1-3) y mortalidad nula. Sin embargo, el BGPL se asoció de forma significativa a un mayor índice de complicaciones postoperatorias y reintervenciones. Las reintervenciones tras BGPL fueron por obstrucción intestinal a nivel del pie de asa y por fuga de la anastomosis gastroyeyunal. Tras GVL la causa más frecuente fue la fuga.

Algunas limitaciones de nuestro estudio son el carácter retrospectivo del mismo y la disparidad en el número de integrantes de cada grupo ocasionada por un cambio en los criterios de selección de nuestro centro. La mejoría de estos criterios de selección de los pacientes para indicar una u otra técnica bariátrica y una mejor optimización preoperatoria podría ser la estrategia más óptima para mejorar nuestros resultados a corto y largo plazo.

Conclusiones

En nuestra experiencia, tanto la GVL como el BGPL son técnicas eficaces y seguras para el tratamiento de la obesidad mórbida, con buenos resultados a corto y largo plazo.

Conflicto de intereses y financiación

Ninguno.

Bibliografía

1. Salminen P, Helmio M, Ovaska J et al. *Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss at 5 Years Among Patients With Morbid Obesity. The SLEEVEPASS Randomized Clinical Trial. JAMA. 2018;319(3):241-254.*
2. Li J, Lai D, Wu D. *Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass vs laparoscopic sleeve gastrectomy to treat morbid obesity-related comorbidities: a systematic review and meta-analysis. Obes Surg. 2016;26(2):429-442.*
3. Gu J, Vergis A. *Diabetes improvement and bariatric surgery-review of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass vs. laparoscopic vertical sleeve gastrectomy. Ann Transl Med. 2020 Mar; 8(Suppl 1): S10.*
4. Luesma MJ, JF, Cantarero I, Kucea P, Santander S. *Surgical Treatment of Obesity. Special Mention to Roux-en-Y Gastric Bypass and Vertical Gastrectomy. Front Endocrinol (Lausanne). 2022; 13:867-838.*

©2022 seco-seedo. Publicado por bmi-journal.
Todos los derechos reservados.

