

Comunicaciones Gastrectomía vertical vs Bypass gástrico

SECO 2014

O-031

RESULTADOS PONDERALES Y METABÓLICOS DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL FRENTE AL BYPASS GÁSTRICO A DOS AÑOS

D. Acín Gándara, A. García Muñoz Nájara, M. Medina García, A. Antequera Pérez, B. Martínez Torres, M. Hernández García, J.M. Rodríguez Vitoria, O. Ghaboun, F. Pereira Pérez.

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada

Objetivo. Evaluar los resultados ponderales y metabólicos de la gastrectomía vertical (GV) frente al bypass gástrico (BPG) en pacientes obesos en pacientes obesos mórbidos con IMC entre 37,6 y 64,7 kg/m²

Pacientes y métodos:

Se han comparado dos cohortes prospectivas de pacientes con IMC entre 37,6 y 64,7 kg/m² intervenidos entre 2007 y 2013. Al grupo 1, de 155 pacientes se realizó bypass gástrico laparoscópico y al grupo 2, de 42 pacientes, gastrectomía vertical laparoscópica.

Resultados:

El grupo 1 (BPG) presentaba un IMC medio de 46 (rango=38-61), con las siguientes comorbilidades: 25,8% DM, 53,5% HTA, 32,3% SAOS, 45% dislipemia.

El grupo 2 (GV) presentaba un IMC medio de 50,1 (rango=37,6-64,7), con las siguientes comorbilidades: 31% DM, 57% HTA, 52,4% SAOS, 50% dislipemia.

La evolución postoperatoria de las comorbilidades fue la siguiente:

Comorbilidades	Remisión completa	Remisión parcial	Sin cambios	Perdidos / Desconocido
DM BPG	80%	12,50%	5%	2,50%
DM GV	46%	23%	7,70%	23%
HTA BPG	66%	23%	6%	5%
HTA GV	37,50%	37,50%	16,70%	8,30%
SAOS BPG	38%	24%	8%	30%
SAOS GV	36%	18%	13,60%	32%
DL BPG	35%	21%	18,50%	24%
DL GV	23,80%	9,50%	43%	24%

El exceso de peso perdido a los 12 meses fue del 78,1% en el BPG y del 65,5% en la GV. A los 24 meses fue del 81,2% y 68% respectivamente.

Conclusiones:

Analizando los datos de nuestra serie, los pacientes intervenidos de bypass gástrico tienden a la resolución de la HTA, DM y DL en mayor medida que los intervenidos de gastrectomía vertical, por lo que el bypass gástrico es más efectivo que la gastrectomía vertical para el tratamiento quirúrgico de la DM y la resolución del síndrome metabólico. En lo que se refiere a la pérdida ponderal, el bypass gástrico es más eficiente que la gastrectomía vertical a los 12 y 24 meses.

P-030

VALORACIÓN INICIAL DE LOS CAMBIOS ANTROPOMÉTRICOS Y DE COMPOSICIÓN CORPORAL TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO Y GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA.

E. Martín, S. Ocaña, A. Alas, L. Marcos, N. Etayo, M. Molina, M.L. Irigoyen, F. Rotellar, R. Moncada, V. Valentí, G. Fruhbeck.

Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona

Introducción: La cirugía bariátrica se considera una opción eficaz para el tratamiento de la obesidad mórbida. Los estudios iniciales han demostrado pérdidas de peso comparables entre el bypass gástrico (BPG) y la gastrectomía tubular (GT), si bien, es importante conocer como se produce esta pérdida de peso según composición corporal y antropometría. La situación ideal sería la pérdida de peso a expensas del compartimento grasa. El estudio de estas variables desde el inicio es importante por su implicación en el resultado final y la posibilidad de realizar cambios en el plan individual de seguimiento, de cara a obtener pérdidas de peso armónicas y a expensas fundamentalmente del compartimento grasa.

Objetivos: Evaluar la pérdida de peso asociada a la cirugía bariátrica en el primer mes, mediante el análisis de composición corporal y antropometría utilizando el BOD POD® -Pletismografía por desplazamiento de aire-. De igual modo se comparan los resultados obtenidos entre dos técnicas quirúrgicas, GT y BPG con mismo protocolo de cuidados postoperatorios de enfermería.

Material y métodos: Se realiza un análisis retrospectivo y comparativo de pacientes con obesidad mórbida sometidos a BPG y GT, entre 2011 y 2013 de nuestro hospital. Se recogen los datos durante el primer mes postoperatorio, en el momento del ingreso hospitalario y en la primera revisión a los 30 días de la intervención. Los datos antropométricos recogidos incluyeron peso inicial, índice de masa corporal (IMC), % del exceso de peso perdido (%EPP), % del exceso de IMC perdido (%EIMCP), composición corporal mediante BOD POD® (% masa grasa, % masa libre de grasa), perímetro cintura (PC), índice cintura cadera (ICC). Todos los pacientes siguieron pautas escritas de dieta, medicación y cuidados post-hospitalización según protocolo de enfermería de nuestro centro.

Resultados: Ciento dos pacientes con características similares de edad, peso, IMC, % grasa corporal, y PC fueron sometidos a cirugía bariátrica, 52 BPG y 50 GT. Al mes de la intervención se analizaron los resultados globalmente siendo las diferencias medias encontradas significativas para todas las variables del estudio. Cuando se compararon las variables según tipo de intervención se observaron diferencias para todas las variables a favor del BPG siendo sólo significativas para las variables ICC ($p=0,047$) y disminución del % de grasa corporal ($p=0,05$). El %EPP fue de 32,62% con una disminución del % grasa de 5%. El %EIMCP fue de 12,74% con una disminución media de IMC de 6,09 kg/m². La tasa de complicaciones post-operatorias en los dos grupos fue < 5% y la duración media de estancia hospitalaria fue de 3 días (2-6 días).

Conclusiones: La cirugía bariátrica logra las pérdidas importantes de peso en el primer mes tras la intervención con baja morbilidad y corta estancia hospitalaria. Esta disminución de peso es similar cuando se comparan dos técnicas según valores de composición corporal y medidas antropométricas, si bien el BPG resulta ser mejor produciéndose una pérdida de peso mayor a expensas del compartimento grasa.

P-053

EFICACIA TERAPÉUTICA DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA FRENTE AL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

A. Sánchez Cifuentes ⁽¹⁾, A.J. Fernandez Lopez ⁽¹⁾, N. Martinez Sanz ⁽¹⁾, M. Vicente Ruiz ⁽¹⁾, E. Peña Ros ⁽¹⁾, M. Gonzalez Valverde ⁽¹⁾, J. Rodenas Moncada ⁽¹⁾, M.E. Tamayo Rodriguez ⁽¹⁾, M. Ruiz Marin ⁽¹⁾, N. Sanchez Sanchez ⁽²⁾, A. Albarracin Marin-Blazquez ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, MURCIA; ⁽²⁾ Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, MURCIA.

OBJETIVOS

Demostrar que la eficacia terapéutica, la evolución de las comorbilidades y la seguridad terapéutica en los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica mediante Gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) frente al Bypass gástrico laparoscópico (BPGL), no presentará diferencias estadísticamente significativas, al mes postoperatorio.

MATERIAL Y METODOS

Hemos recogido los datos de los primeros 20 pacientes de un ensayo clínico aleatorizado, de no igualdad, con evaluación ciega por terceros, controlado con tratamiento activo.

Los criterios de inclusión fueron:

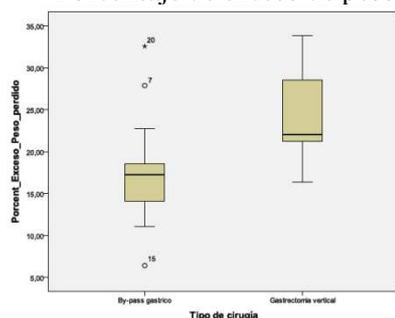
- Pacientes mayores de 18 años.
- Candidatos a cirugía bariátrica.
- Ausencia de contraindicación de alguna de las dos técnicas.
- $IMC < 55$.
- Pacientes que, conociendo el tratamiento quirúrgico, firman el consentimiento informado.
- Estar capacitado para comprender y seguir instrucciones para participar en el ensayo en su totalidad.

Análisis estadístico de los datos: Estadística descriptiva global por grupos de cada una de las variables medidas y análisis bivariante para las comparaciones entre variables (métodos estadísticos paramétricos, y no paramétricos)

- Análisis del objetivo principal: %EPP: $\text{Peso inicial} - \text{peso actual} / \text{peso inicial} - \text{peso ideal} \times 100$.
- Análisis de los objetivos secundarios: La evaluación de la evolución de las comorbilidades, se tipifican como “actualmente presente”, “mejoría” o “curación” según la escala BAROS. La seguridad terapéutica de ambos procedimientos, se analizaron las complicaciones (proporción de complicaciones) postoperatorias, recogidas como presentes o ausentes en el CRD.

RESULTADOS

Porcentaje de exceso de peso perdido:



Evolución de las comorbilidades:

	PRESENTE		MEJORÍA		CURACIÓN		
	BPGL	GVL	BPGL	GVL	BPGL	GVL	
HTA	2(15,4%)	1(14,3%)	2(15,4%)	1(14,3%)	3(23,1%)	1(14,3%)	p=0,96*
DM	0	1(14,3%)	0	0	4(57,1%)	2(28,6%)	p=0,37*
SAOS	0	0	6(46,2%)	2(28,6%)	2(15,4%)	0	p=0,29*
OSTEOARTROPATÍA	2(15,4%)	0	1(7,7%)	1(14,3%)	0	0	p=0,51*

*P determinada por método [chi cuadrado](#)

En ningún caso, independientemente del brazo de tratamiento, hemos encontrado complicaciones postquirúrgicas en el 1º mes postoperatorio.

CONCLUSIONES

La eficacia del tratamiento quirúrgico, medida en porcentaje de exceso de peso perdido al mes de seguimiento en los pacientes con obesidad mórbida, presenta diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de tratamiento

Se observa una mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad mórbida, respecto a antes de la cirugía, aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas que permitan afirmar que un tratamiento es más efectivo que el otro, al igual que respecto a la seguridad terapéutica.

P-054

GASTRECTOMIA VERTICAL VERSUS BYPASS GÁSTRICO. SEGUIMIENTO A CORTO Y MEDIO PLAZO.

B. Calvo Catalá, J.A. Gracia Solanas, E. Redondo Villahoz, M. Elia Guedea, M.Á. Gascón Domínguez, D. Fernández Pera, A. Navarro Barlés, M.Á. Bielsa Rodrigo, M. Martínez Díez.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza,

OBJETIVOS

El By pass Gástrico sigue siendo el gold standard en cirugía bariátrica. Sin embargo, la búsqueda de técnicas más sencillas y menos complicaciones en el seguimiento ha llevado a un aumento en la realización de la Gastrectomía Vertical. Comparamos las dos técnicas en cuanto a evolución en pérdida de peso, mejora de comorbilidades y complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo donde se estudiaron 158 pacientes intervenidos de Bypass Gástrico laparoscópico y 130 pacientes intervenidos de Gastroplastia tubular laparoscópica con un seguimiento mínimo de 3 años. El análisis se realizó con el programa estadístico SPS.

RESULTADOS

Estancia hospitalaria: 5 días GVL, 8 días BPGL ($p < 0,05$). Tiempo quirúrgico: 100 min. GVL, 185 min. BPG ($p < 0,05$). Porcentaje de exceso de IMC perdido: GVL 76%, 65% (1 y 3 años); 82%, 78%, 72%, 68% (1, 3, 5 y 7 años). Mejora comorbilidades: Dislipemia: 73% de BPGL y 68% de GVL. DM: 77,3% de BPGL y el 73% de GVL. HTA: 75% de BPGL y 73% de GVL. SAOS: 85% al año en todos los grupos ($p > 0,05$) Mortalidad precoz: GVL 1,5%, BPGL 0,2%. Dehiscencia/fístula: 5,3% GVL, 4,6% BPGL. Hemoperitoneo: 1,4% GVL, 4% BPGL. Sangrado línea grapas/anastomosis: 2,3% GVL, 3,94% BPGL. ($p > 0,05$) Complicaciones tardías: déficit hierro 4,3% GVL, 33% BPGL. Déficit B12 12,3% GVL; 36,7% BPGL. Vómitos: 26% GVL, 15% BPGL. Hernia interna/oclusión intestinal 0,7% GVL; 9,2% BPGL. ($p < 0,05$) Cirugía reconversión: 5,3% GVL por insuficiente pérdida ponderal, 2,4% BPGL por reengorde.

CONCLUSIÓN

El By pass gástrico es actualmente el gold standard porque alcanza los mejores resultados ponderales y de resolución de comorbilidades asociadas a la obesidad.

La Gastrectomía vertical aunque puede precisar de una cirugía de reconversión por insuficiente pérdida de peso en determinados pacientes presenta menores complicaciones a largo plazo por lo que se puede plantar como técnica única aunque se precisan de más estudios a largo tiempo.

P-055

ANÁLISIS DE LA CURVA PONDERAL EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMÍA VERTICAL Y BYPASS GASTROYEYUNAL EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

A. Molina López ⁽¹⁾, F. Sabench Pereferer ⁽¹⁾, M. Hernández González ⁽²⁾, S. Blanco Blasco ⁽²⁾, L. Piñana Campón ⁽²⁾, E. Raga Carceller ⁽²⁾, J. Sánchez Pérez ⁽²⁾, M. París Sans ⁽²⁾, J. Doménech Calvet ⁽²⁾, A. Muñoz García ⁽²⁾, D. Del Castillo Déjardin ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina, Reus, Reus; ⁽²⁾ Hospital Universitari Sant Joan, Reus, Reus.

OBJETIVOS: Describir la curva ponderal durante los tres años posteriores a la cirugía para el tratamiento de la obesidad mórbida, en pacientes intervenidos de Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GVL) y Bypass Gastroyeyunal en Y de Roux (BGYR) en nuestro centro, valorando las posibles diferencias existentes entre las dos técnicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos entre 2005-2012. Se valoró la evolución ponderal mediante los siguientes indicadores: peso (kg), índice de masa corporal (IMC, kg/m²) y porcentaje del exceso de IMC perdido (PEIMCP).

RESULTADOS: 297 pacientes, 23,6% ♂ y 76,4% ♀, edad media de 46,5 años, peso medio de 127,2kg y IMC medio de 48,1 Kg/m². Se realizaron 175 GVL y 122 BGYR. **Grupo GVL:** Antes de la intervención: peso medio 132,1 kg (IC95%: 128,3-135,8) e IMC medio de 49,7 kg/m² (IC95%: 48,4-51,0). Al año de la intervención: peso medio 93,6kg (IC95%: 90,5-96,7), IMC medio 35,5 kg/m² (IC95%: 34,4-36,5) y un PEIMCP del 56,3% (IC95%: 50,5-62,1). A los dos años de la cirugía: peso medio 92,3kg (IC95%: 88,5-96,0), IMC medio 35,2 kg/m² (IC95%: 33,9-36,5) y un PEIMCP del 56,6% (IC95%: 47,8-65,5). Tres años: peso medio 93,5kg (IC95%: 89,5-97,5), IMC medio 35,9 kg/m² (IC95%: 34,4-37,4) y un PEIMCP del 47,0% (IC95%: 30,2-63,7). **Grupo BGYR:** Antes de la intervención: peso medio 120,3kg (IC95%: 117,4-123,1) e IMC medio 45,8 kg/m² (IC95%: 44,9-46,7). Al año de la intervención: peso medio 81,7kg (IC95%: 79,1-84,3), IMC medio 31,3 kg/m² (IC95%: 30,5-32,2) y un PEIMCP del 70,6% (IC95%: 66,8-74,3). A los dos años de la cirugía: peso medio 78,7kg (IC95%: 75,8-81,6), IMC medio 30,2 kg/m² (IC95%: 29,2-31,2) y un PEIMCP del 76,9% (IC95%: 72,9-81,0). Tres años: peso medio 80,2kg (IC95%: 77,1-83,4), IMC medio 30,9 kg/m² (IC95%: 29,7-32,1) y un PEIMCP del 73,5% (IC95%: 68,6-78,4). Al comparar el PEIMCP según las diferentes técnicas, se encontraron diferencias significativas al año, a los dos años y a los tres años de la cirugía (p<0.05).

CONCLUSIÓN: Los pacientes intervenidos de BGYR presentan mejor evolución ponderal valorada según el PEIMCP y el IMC durante los 3 años analizados, siendo el pico máximo a los dos años de la cirugía. La GVL consigue un PEIMCP menor, aunque cumple los estándares de la técnica, sin conseguir la disminución de IMC esperada debido probablemente a que se realiza como primer tiempo quirúrgico en la mayoría de los casos. En este caso, la pérdida máxima de peso ya se produce prácticamente al primer año de la cirugía a diferencia de otros datos revisados en la bibliografía.