



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-435 - CAMBIO DE ESTRATEGIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA. DEL CRUCE DUODENAL A LA GASTRECTOMÍA VERTICAL. ANÁLISIS DE NUESTROS RESULTADOS

Puche Pla, José; Grifo Albalat, Isabel; Vázquez Prado, Antonio; Bruna Esteban, Marcos; Oviedo Bravo, Miguel; Sánchez Campos, Raúl; Jareño Martínez, Sara

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Objetivos: Analizar las diferencias en pérdida de peso y mejoría de comorbilidades entre el cruce duodenal (CD) y la gastrectomía vertical (GV) y valorar si ha sido adecuada nuestra estrategia de pasar del CD a la GV.

Métodos: Estudio observacional longitudinal analítico, comparando dos técnicas bariátricas emparentadas por compartir un mismo componente restrictivo: la GV que en el caso del CD añade un componente malabsortivo. Diseño retrospectivo de una base de datos prospectiva de cirugía bariátrica. Se analizan los datos de los 220 pacientes con obesidad mórbida (OM) operados en nuestro hospital mediante CD (67 casos) o GV (153 casos), durante los últimos 11 años (enero-2004 a diciembre-2014). El CD abierto fue la técnica de elección en el primer periodo (años 2004-2007), siendo sustituida progresivamente por la GV a partir de 2007, paralelamente al desarrollo del abordaje laparoscópico (años 2007-2014). Análisis de homogeneidad de los grupos: en el grupo de CD había menos hombres ($p = 0,005$) y la apnea del sueño y dislipemia fueron menos frecuentes ($p < 0,05$). También hubo diferencias en determinados aspectos del tratamiento, por el cambio de tendencias en los últimos años. El grupo de CD, a diferencia del grupo de GV, no recibió preparación preoperatoria con dietas hipocalóricas y fueron intervenidos por cirugía abierta, asociando colecistectomía de forma sistemática ($p < 0,001$). El tiempo medio de seguimiento del grupo de CD fue mayor que el de GV (7 años vs 2 años; $p < 0,001$). Se comparan los resultados entre ambos grupos en cuanto a pérdida de peso y evolución de comorbilidades. Análisis estadístico: las variables numéricas se expresan como media \pm desviación estándar (DE) o como mediana \pm rango intercuartil según la dispersión. Análisis comparativos con tests estadísticos paramétricos (t de Student) o no paramétricos según normalidad de la distribución. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes y las comparaciones se realizan con el chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significación de 0,05.

Resultados: El porcentaje de exceso de IMC perdido (PEIMCP) fue aumentando progresivamente hasta alcanzar su máximo a 12-18 meses, estabilizándose después y manteniéndose sin diferencias significativas entre ambas técnicas durante 6 años (74 vs 71%, 79 vs 72%, 77 vs 69%, 76 vs 65%, 73 vs 65% y 74 vs 70% con CD y GV, respectivamente). Criterios de Reinhold: ha habido un índice de fracaso anual de un 28, 13, 17, 22, 26 y 30% con el CD y de 29, 27, 33, 39, 32 y 50% con la GV en los

primeros 6 años (ns). Al año de la cirugía: hubo mejoría o resolución de diabetes en 100 vs 95%, de dislipemia en 94 vs 83%, de SAOS en 96 vs 89%, de HTA en 100 vs 92% y de osteoartrosis en 89 vs 80% en CD y GV respectivamente (ns).

Conclusiones: La GV presenta unos resultados que se comparan favorablemente con los del CD. El componente malabsortivo del CD puede aumentar los efectos adversos con poca pérdida de peso adicional. Pensamos que estos hallazgos justifican nuestro cambio de estrategia.