



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-480 - SEGURIDAD TERAPÉUTICA DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL FRENTE AL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Fernández-López, Antonio José; González-Valverde, Francisco Miguel; Medina-Manuel, Esther; Ruiz-Marín, Miguel; Martínez-Sanz, Nuria; Pástor-Pérez, Patricia; Peña-Ros, Emilio; Albarracín-Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: La cirugía bariátrica ha demostrado que puede conseguir una pérdida de peso en los pacientes obesos mórbidos, siendo el único tratamiento que mantiene estos resultados a largo plazo, si bien, este procedimiento no está exento de complicaciones.

Objetivos: Comparar la seguridad terapéutica de la gastrectomía vertical (GVL) frente al bypass gástrico laparoscópico (BGL) tras un año de seguimiento.

Métodos: Análisis retrospectivo de la seguridad terapéutica de ambas técnicas, medida como la proporción de los acontecimientos adversos intraoperatorios, precoces (primeros 30 días de posoperatorio) y tardíos (hasta 1 año) recogidos durante el periodo 2006-2014 entre los pacientes intervenidos por obesidad mórbida en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Para clasificar las complicaciones postoperatorias en cirugía se utilizó el Sistema de Clavien-Dindo. Mediante índices de propensión se consiguió un emparejamiento equilibrado de los pacientes de ambos grupos (GVL y BGL) que permitiera su comparación. Posteriormente se compararon ambos grupos como si fueran independientes y como muestras relacionadas no balanceadas para conocer la seguridad de ambas técnicas.

Resultados: Analizamos 300 pacientes (mujeres: 71%, edad promedio: 40 ± 10 años, 80% BGL), con un peso inicial medio de $124,46 \pm 21,07$ kg y un IMC de $45,53 \pm 5,71$ kg/m². Al año de la cirugía, el peso medio se situó en $80,76 \pm 15,85$ kg y el IMC en $29,54 \pm 4,65$ kg/m². El porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) global fue del 80% (BGL: 80%; GVL: 83%). El porcentaje de exceso de IMC perdido (%EIMCP) fue de 79,95% (BGL: 79%; GVL: 83%). En cuanto a la seguridad, para las complicaciones intraoperatorias obtuvimos una tasa global del 6,4% (BGL: 7%; GVL 5,2%). Para las complicaciones precoces obtuvimos una incidencia de 30,2% (BGL: 35%; GVL 7%) y para las tardías un 50,3% (BGL: 61%; GVL 9%). Una paciente sometida a GVL falleció por un shock tóxico estreptocócico (mortalidad global 0,03%). Al comparar mediante índices de propensión existieron diferencias entre las complicaciones precoces mayores (BGL: 18,3; GVL: 60%. $p < 0,05$) predominando en la GVL y tardías mayores (BGL: 38,3; GVL: 9,1. $p < 0,05$) predominando en el BGL. En el análisis del resto de complicaciones no aparecieron diferencias significativas entre los grupos. Las principales complicaciones leves consistieron en alteraciones del ritmo intestinal (estreñimiento y diarrea). Las complicaciones graves fueron estenosis de la anastomosis, aparición de fistulas de la

línea de sutura, sangrado de la anastomosis, síndrome de evacuación gástrica rápida y déficit de vitaminas del grupo B.

Conclusiones: Según nuestros resultados, la seguridad terapéutica del BGL y la del GVL son comparables en cuanto a seguridad al año de seguimiento de la cirugía. Si bien, el riesgo de complicaciones precoces mayores es más elevado en el grupo de GVL y las tardías mayores en el de BGL. La incidencia de complicaciones al año es elevada en ambas técnicas, sin embargo la mayoría de complicaciones son de grado leve y el grado de análisis y seguimiento de estos pacientes muy exhaustivo y detallado.