



P-467 - MANEJO QUIRÚRGICO DE LA SUPEROBESIDAD

Curell García, Anna; Vilallonga, Ramon; Fort, José Manuel; Balibrea, José María; Caubet, Enric; González, Óscar; Verdaguer, Mireia; Armengol, Manel

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: Entre los pacientes obesos mórbidos ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$), los pacientes superobesos ($IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$) suponen un reto para los cirujanos bariátricos: el manejo quirúrgico de dichos pacientes estaría asociado a mayores tasas de morbimortalidad, mayor dificultad técnica y mayor riesgo quirúrgico. La técnica quirúrgica de elección para tratar a pacientes con superobesidad sigue siendo motivo de controversia. Aun así parece que la gastrectomía vertical (GV) podría ser una buena opción.

Objetivos: Este estudio comparativo, fue diseñado para describir y analizar los resultados tras la realización de gastrectomía vertical (laparoscópica o robótica) en pacientes superobesos y en pacientes obesos mórbidos no superobesos.

Métodos: Proponemos un análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva. Entre 2007 y 2015, 482 pacientes fueron intervenidos mediante realización de GV en nuestro centro. Los dos grupos a analizar se definen en función del IMC preoperatorio: $IMC < 50 \text{ kg/m}^2$ para el grupo 1, con un total de 300 pacientes, e $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$ para el grupo 2, con un total de 182 pacientes. Se ha realizado un análisis de las características de los pacientes, la aparición de complicaciones postoperatorias y la resolución de comorbilidades en función del tipo de obesidad.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 44,8 años (rango 15-69 años), con un 73,84% de mujeres. El IMC medio previo a la intervención era 42 kg/m^2 en el grupo 1 (rango $40\text{-}47 \text{ kg/m}^2$) y 58 kg/m^2 en el grupo 2 (rango $51\text{-}74 \text{ kg/m}^2$). No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos respecto a los antecedentes médicos de los pacientes. En todos los casos la cirugía realizada fue una gastrectomía vertical tutorizada con Foucher de 36 Fr según técnica habitual del centro. Con una media de seguimiento de 24 meses (rango 12-36 meses) no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la aparición de complicaciones postoperatorias (incluyendo aparición de fugas, hemorragias y estenosis de la GV), siendo estas dentro de rangos estándares de calidad. En términos de valores absolutos, los pacientes pertenecientes al grupo 2 perdieron más peso ($p < 0,0001$), pero el porcentaje de peso perdido fue mayor en los pacientes del grupo 1 ($p < 0,0001$). El IMC medio al final del seguimiento fue 30 kg/m^2 en el grupo 1 (rango $27\text{-}34 \text{ kg/m}^2$) y 38 kg/m^2 en el grupo 2 (rango $33\text{-}48 \text{ kg/m}^2$). La resolución de las comorbilidades previas a la cirugía fue similar en los dos grupos.

Conclusiones: La cirugía de la obesidad es segura en pacientes superobesos en centros de referencia y resulta un buen método para el tratamiento de los pacientes más complejos. La gastrectomía vertical parece ser una técnica segura y eficaz para los pacientes de alto riesgo, permitiendo además plantear estrategias secuenciales para lograr la pérdida ponderal óptima en pacientes superobesos. Son necesarios más estudios para confirmar nuestros resultados preliminares.