

hospital volumes for patients with colorectal cancer in the Netherlands. *Dis Colon Rectum*. 2016;59:943-52.

5. Míquelena Bobadilla JM, Morales-García D, Iturburu Belmonte I, Alcázar Montero JA, Sera Aracil X, Docobo Durántez F, et al. Formación en Cirugía General en España: Troncalidad y áreas de capacitación específica. *Cir Esp*. 2015;93:147-51.

Dieter Morales-García^{a,b,*}, Jose Antonio Alcazar-Montero^{b,c}, Jose María Míquelena-Bobadilla^{b,d} y Xavier Serra Aracil^{b,e}

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

^bSección de Formación Postgraduada, Asociación Española de Cirujanos (AEC)

^cServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^dServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^eServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dms11@me.com (D. Morales-García).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.08.012>
0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Gastrectomía vertical: tendencia global y algunas controversias



Vertical gastrectomy: Global trends and some controversies

Hemos leído con gran interés la editorial publicada por los doctores Del Castillo Déjardin y Sabench Pereferrer publicado en el volumen 96 de la revista *CIRUGÍA ESPAÑOLA*¹. Queremos felicitar a los autores de dicha editorial la manera tan práctica de resumir las principales controversias actuales de esta técnica quirúrgica en el tratamiento de la obesidad. De manera breve quisiéramos agregar algunos comentarios sobre el mismo tema.

Efectivamente, la gastrectomía vertical (GV) ha tenido una gran aceptación de manera global entre los cirujanos y los mismos pacientes, incluso en países como México donde la obesidad se ha convertido en un grave problema de salud pública, este procedimiento ya ha superado en cantidad de procedimientos anuales al *bypass* gástrico².

Un inconveniente mencionado por los autores sobre esta técnica es la posibilidad de desarrollo de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), misma idea que se percibe de manera generalizada, sin embargo, este tema aún no está del todo definido, ya que un estudio aleatorizado controlado realizado para evaluar esto no logró demostrar dicha aseveración. Comparó los resultados de la gastrectomía vertical con la banda gástrica (BG)³. Al primer año de seguimiento, el 8,8% de los pacientes que se les realizó BG desarrollaron ERGE y el 21,8% de los pacientes del grupo de GV sin ser estadísticamente significativo. A los 3 años tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

De las controversias mencionadas en la editorial, faltaría agregar 2 más: el protocolo Enhanced recovery after surgery (ERAS) y el diámetro de la sonda de calibración durante el procedimiento.

Los protocolos de ERAS han demostrado mejorar el pronóstico posoperatorio en pacientes en cirugía de colon, pero es un territorio aún poco explorado en cirugía bariátrica.

En 2012 se publicó un estudio aleatorizado controlado que comparó el protocolo ERAS frente al manejo posoperatorio estándar en pacientes a quienes se les realizó GV⁴. La estancia hospitalaria disminuyó de manera significativa en el grupo de protocolo ERAS ($p \leq 0,001$). Igualmente, el costo medio disminuyó en este grupo. Parece ser que el protocolo ERAS tiene pronósticos favorables en la GV y podría volverse una estrategia rutinaria.

Por otro lado, antes de realizar la gastrectomía de la GV con la engrapadora lineal, generalmente se calibra con una sonda a lo largo de la curvatura menor para llevar a cabo el reservorio gástrico. Solo un estudio prospectivo aleatorizado se ha publicado que analiza el calibre de la sonda⁵. En este estudio se logró determinar que el calibre no tiene repercusión en la pérdida de peso a corto plazo.

El tiempo y la evidencia científica determinarán si la GV desplaza al resto de las técnicas quirúrgicas.

Por último, nuevamente quisiéramos felicitar a los autores de la editorial por sus comentarios acertados sobre las tendencias actuales de esta técnica quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Castillo Déjardin D, Sabench Pereferrer F. Sleeve gastrectomy: Globalization and its controversies. *Cir Esp*. 2018;96:393-4.
2. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. *Obes Surg*. 2013;23:427-36.
3. Himpens J, Dapri G, Cadière GB. A prospective randomized study between laparoscopic gastric banding and laparoscopic isolated sleeve gastrectomy: Results after 1 and 3 years. *Obes Surg*. 2006;16:1450-6.

4. Lemanu DP, Singh PP, Berridge K, Burr M, Birch C, Babor R, et al. Randomized clinical trial of enhanced recovery versus standard care after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Br J Surg.* 2013;100:482-9.
 5. Cal P, Deluca L, Jakob T, Fernández E. Laparoscopic sleeve gastrectomy with 27 versus 39 Fr bougie calibration: a randomized controlled trial. *Surg Endosc.* 2016;30:1812-5.
- Jesús Morales-Maza* y Jorge Humberto Rodríguez-Quintero

Departamento de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

**Autor para correspondencia.*

Correo electrónico: jesus.moralesm1@hotmail.com
(J. Morales-Maza).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.09.002>
0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.