

Editorial por invitación

Ezequiel Fernández

La cirugía bariátrica se ha establecido como el mejor y más duradero tratamiento de la obesidad mórbida y sus enfermedades asociadas.¹ Entre las técnicas utilizadas, el *bypass* gástrico (BPG) es considerado por muchos el procedimiento de referencia (*gold standard*), mientras que la gastrectomía vertical o gastrectomía en manga (GM) se ha ganado un lugar preeminente en la última década.

Grigaites y cols.² presentan una extensa experiencia de 4 años de trabajo, con un seguimiento de mediano plazo. La cantidad de pacientes intervenidos los posiciona como centro de alto volumen. El MBSAQIP³ define como grupo de alto volumen a aquel con más de 50 cirugías bariátricas con suturas anuales.

La técnica utilizada en ambos procedimientos es la estandarizada mundialmente. Prefieren la gastrectomía en manga en pacientes de alto riesgo. Esto va en concordancia con la mayoría de las publicaciones, que encuentran en la gastrectomía tubular un procedimiento perioperatorio de menor morbilidad. La base de datos multicéntrica BOLD⁴ (sobre 180 000 pacientes operados en centros de excelencia de Estados Unidos) encontró un índice de reoperaciones a mediano plazo del 1,8% para GM vs. 6,6% para BPG. En la misma línea, el estudio multicéntrico aleatorizado SM-BOSS⁵ describe una morbilidad del 8,4% (GM) vs. 17,2% (BPG). También concuerda con la experiencia de los autores, que sufrieron solo una octava parte de las complicaciones con esta técnica comparada con el *bypass* gástrico.

La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal fue la complicación más frecuente en esta serie. La necesidad de realizar una anastomosis estrecha para mejorar la restricción hace de esta la complicación más común del BPG. Si bien se encuentra entre las complicaciones que normalmente no amenazan la vida, obliga a reintervenciones y reduce la calidad de vida posoperatoria.

Debe destacarse la baja morbilidad publicada. Es conocida la experiencia del autor y su detallismo técnico para la cirugía bariátrica. La ausencia de mortalidad y el bajo índice de filtraciones y hemorragias lo ubican a

la par de la estadística de centros de excelencia de cirugía bariátrica. Es el resultado de la conocida importancia de la capacitación y dedicación exclusiva que debe tener un equipo quirúrgico y multidisciplinario. Esto ha sido bien documentado particularmente para el *bypass* gástrico, una cirugía demandante técnicamente y que requiere un entrenamiento permanente. El-Kadre y cols.⁶ describen una mortalidad por encima del 1% hasta superados los 400 casos de BPG, demostrando claramente la importancia del entrenamiento y la curva de aprendizaje.

Aun así, las estenosis anastomóticas y las oclusiones intestinales secundarias a hernias internas, tanto como las hemorragias intraluminales e intraabdominales, constituyen complicaciones difíciles de erradicar. Este es uno de los motivos por los cuales se ha desarrollado la búsqueda de otras cirugías con resultados similares y menor morbilidad.

Recientes ensayos clínicos posicionan a la GM como una alternativa al BPG. Sus resultados en descenso de peso y resolución de comorbilidades son comparables a los del *bypass* con menor morbilidad e índice de reintervenciones. El estudio suizo SM-BOSS aleatorizó 217 pacientes a GV o BPG. El descenso de peso fue excelente en ambos grupos con tendencia a un mantenimiento para el BPG solo a los 3 años. Salvo para reflujo gastroesofágico (RGE) (mejor en BPG), no hubo diferencia en la mejoría de comorbilidades entre ambas cirugías. En el actual estudio no se encuentra diferenciada la caída de peso para ambas cirugías ni el porcentaje de seguimiento. Resulta, de todas formas, difícil comparar ambas cirugías en este trabajo, tratándose de poblaciones heterogéneas. Continuar el seguimiento de estos pacientes permitirá establecer la morbilidad alejada y evaluar la reganancia de peso y la recidiva de comorbilidades.

Resta felicitar al Dr. Grigaites y sus colaboradores por la extensa serie y los excelentes resultados presentados, que los posicionan como uno de los grupos referentes de cirugía bariátrica en la República Argentina.

Referencias bibliográficas

1. Sjöström L, et al for the Swedish Obese Subjects Study Scientific Group. Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. *N Engl J Med*. 2007; 357:741-52.
2. Grigaites AL y cols. Morbimortalidad posoperatoria en cirugía bariátrica laparoscópica: Experiencia en 1020 pacientes. *Rev Argent Cirug*. 2014; 106(2):103-9
3. Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program
4. BOLD database, 2012.
5. Peterli R, Borbély Y, Kern B, Gass M, Peters T, Thurnheer M, et al. Early results of the Swiss Multicentre Bypass or Sleeve Study (SM-BOSS): a prospective randomized trial comparing laparoscopic sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass. *Ann Surg*. 2013 Nov;258(5):690-4.
6. El-Kadre L, Tinoco AC, Tinoco RC, Aguiar L, Santos T. Overcoming the learning curve of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: a 12-year experience. *Surg Obes Relat Dis*. 2013 Nov-Dec;9(6):867-72.