



O-266 - RESOLUCIÓN DE LAS COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA OBESIDAD MÓRBIDA, COMPARACIÓN DE DOS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS: BY-PASS GÁSTRICO VS GASTRECTOMÍA TUBULAR

M.I. Navarro García, R. González-Coste, M.D. Balsalobre Salmerón, M.A. García López, N. Torregrosa Pérez, F.J. Espinosa López, S. Gálvez Pastor y J.L. Vázquez Rojas

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

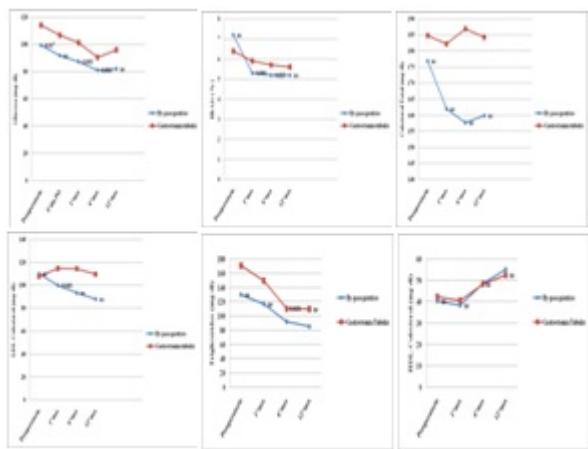
Objetivos: Nuestro objetivo ha sido comparar prospectivamente la utilidad del by-pass gástrico (BG) versus la gastrectomía tubular (GT), en la resolución de las comorbilidades asociadas a la obesidad y evolución de parámetros analíticos, en los pacientes intervenidos en nuestro hospital.

Métodos: Se han seleccionado 200 pacientes intervenidos de obesidad mórbida en el Hospital U. Santa Lucía, Cartagena, en un periodo comprendido entre 2011-2013. Se trata de un estudio prospectivo aleatorizado donde se compara la utilidad de dos técnicas quirúrgicas (BG vs GT) en la resolución de la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo II (DM II), hipercolesterolemia (HPC), hipertrigliceridemia (HPT), síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y la evolución de los parámetros analíticos. Los criterios de inclusión en cirugía bariátrica son los recomendados por la S.E.C.O. Las variables analizadas han sido: comorbilidades asociadas a la obesidad mórbida preoperatoriamente (HTA, DM II, HPC, HPT, SAOS) y las determinaciones analíticas de glucosa, HbA1c, colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, triglicéridos, realizadas preoperatoriamente y en el seguimiento al mes, 6 y 12 meses. Se analiza la remisión (R) o no de las comorbilidades asociadas a las 12 meses, definidas como: en HTA (no toma medicación antihipertensiva); en DM tipo II (no toma medicación ADO e insulina; glucemia plasmática basal 100 mg/dl y HbA1c 6%); en hipercolesterolemia y en hipertrigliceridemia (no toma medicación hipolipemiante); en SAOS (no utiliza CPAP).

Resultados: Al comparar ambas técnicas quirúrgicas BG y GT no encontramos diferencias significativas en cuanto a resolución de DM, HTA, dislipemias y SAOS, al año de seguimiento (tabla). En cuanto a los datos analíticos encontramos: un descenso de la glucemia en ayunas, inicialmente, significativamente mayor en el BG, pero sin existir diferencias significativas para la HbA1c al año de seguimiento entre ambas técnicas. Igualmente ambas producen modificaciones en el metabolismo lipídico sin diferencias claramente significativas.

Preqx	n = 200	BG n = 100	GT n = 100	p	Posqx	n = 200	BG n = 100	R	GT n = 100	R	p
-------	---------	------------	------------	---	-------	---------	------------	---	------------	---	---

HTA	84 (42%)	40 (40%)	44 (44%)	ns	HTA	14 (7%)	8 (8%)	80%	6 (6%)	86%	ns
DM II	52 (26%)	22 (22%)	30 (30%)	ns	DM II	14 (7%)	7 (7%)	68%	7 (7%)	76,6%	ns
HPC	37 (18,5%)	20 (20%)	17 (17%)	ns	HPC	4 (2%)	2 (2%)	90%	2 (2%)	88%	ns
HPT	19 (9,5%)	11 (11%)	8 (8%)	ns	HPT	3 (1,5%)	1 (1%)	90%	2 (2%)	75%	ns
SAOS	81 (40,5%)	39 (39%)	42 (42%)	ns	SAOS	14 (7%)	7 (7%)	82%	7 (7%)	83%	ns



Conclusiones: La gastrectomía tubular es una técnica prometedora para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II, con una HbA1c similar al by-pass gástrico al año de seguimiento, presentando tasas de resolución similares al by-pass gástrico. Ambas técnicas, BP y GT son igual de útiles para la resolución de la HTA, las dislipemias y el SAOS en la obesidad mórbida.