

Gastrectomía en manga: Resultados a mediano y largo plazo

*Tte-Cor. M. C. Antonio García Ruiz**

Introducción

Mundialmente, la incidencia de la obesidad mórbida sigue en aumento y la cirugía se reconoce como el único tratamiento efectivo con pérdida de peso sostenida a largo plazo y resolución o mejora significativa de sus comorbilidades. No obstante, existen una variedad de cirugías para lograr este objetivo. Entre ellas, las tres más populares son la banda gástrica ajustable (BGA), la gastrectomía en manga (GM) y el bypass gástrico (BG). La selección de la cirugía adecuada para cada paciente tiene aspectos controvertidos, no sólo influyen los resultados potenciales para el paciente, sino también la experiencia y capacidad del equipo quirúrgico y de los recursos con que cuenta el hospital.

Luego de conocer los resultados de la BGA y del BG, la aparición de la GM como recurso terapéutico bariátrico resultó muy prometedora por su relativa facilidad técnica y por tiempos quirúrgicos y tasas de complicaciones postoperatorias menores, así como buenos resultados a corto plazo. Así, muchos cirujanos comenzamos a usar la GM como un procedimiento primario para controlar el peso de los pacientes obesos mórbidos.

A pesar de esto, la GM todavía no ha sido totalmente aceptada por los cirujanos bariátricos porque las publicaciones de sus resultados son aún pocas y los resultados de estudios aleatorizados a largo plazo todavía no se publican.

El propósito de presentar en este 9° ECOS Internacionales de Cirugía 2012 es ofrecer a los asistentes un panorama general de los conceptos recientemente presentados en congresos internacionales sobre cada tema. Sin embargo, durante el pasado 97° Congreso Clínico del Colegio Americano de Cirujanos, en cuanto a cirugía bariátrica, sólo hubo una "Sesión de Especialidad" de Cirugía Metabólica. Por lo tanto, el presente trabajo resume los 4 artículos más relevantes sobre el tema de Gastrectomía en Manga publicados en la base de datos de Ovid-PubMed.

En el primer artículo, el Colegio Americano de Cirujanos (ACS) publicó un estudio comparativo entre GM vs BGA vs BG con resultados de seguimiento a 1 año de los pacientes operados en los hospitales acreditados por el Programa de Acreditación de la Red de Centros de Cirugía Bariátrica del ACS. En el segundo artículo,

el Dr. Jacques Himpens publicó uno de los primeros reportes con seguimiento de hasta 6 años de una serie observacional de pacientes operados de GM. En el tercer artículo, el Dr. Antonio Lacy publicó su experiencia en cirugía preoperatoria en casos fallidos de MG y, en el cuarto artículo, el Dr. Giannopoulos, reportó un estudio prospectivo aleatorizado que comparó las diversas técnicas de reforzamiento para la línea de grapeo de la MG. Personalmente, considero que estas cuatro publicaciones deben servir de marco general para establecer los conceptos prevalentes sobre esta técnica novedosa de cirugía bariátrica.

Indicaciones preoperatorias

Aunque la GM se puede utilizar como procedimiento único y primario en pacientes con rango de índice de masa corporal (IMC) que va desde el 35 kg/m² hasta el súper obeso (IMC > 50 kg/m²), la tendencia general es usar esta técnica en pacientes súper obesos y en pacientes con IMC entre 35 y 40 kg/m². La justificación del primer escenario es que probablemente un BG incrementa las dificultades técnicas transoperatorias y la morbilidad quirúrgica en estos pacientes. De tal modo, una GM para ellos puede ser una opción viable y, si el control de peso no resultara suficiente, podría convertirse el procedimiento a un BG en un segundo tiempo quirúrgico, cuando su peso haya disminuido y con ello sus riesgos operatorios. Por otra parte, en pacientes de menor IMC, realizar una GM es técnicamente más sencillo y los resultados de control de la obesidad y sus comorbilidades parecen ser más eficientes que los de la BGA.

Aspectos técnicos de la gastrectomía en manga

En general, parece que técnicamente se ha llegado a varios conceptos estandarizados para la MG. La mayoría de los cirujanos preservan el antro gástrico (hasta 8 cm proximales al píloro) y la gastrectomía la realizan sobre una férula flexible de punta roma de calibre 32 a 36 Fr. Muchos cirujanos siguen prefiriendo usar cartuchos verdes de la engrapadora lineal cortante (altura de la grapa 4.1 mm) para el antro gástrico y cartuchos azules (altura de la grapa 3.5 mm) para la parte alta del cuerpo y fondo gástrico. Pero hay que considerar que, para usar cartuchos verdes, debe haber al menos un trócar

*Jefe de Cirugía Laparoscópica y Bariátrica. Hospital Central Militar. México, D. F., México.

de 15 mm de diámetro. Otros cirujanos utilizamos sólo cartuchos dorados (altura de la grapa 3.9 mm) para todo el procedimiento. También existe cierta controversia en cuanto a la configuración de la parte más alta de la manga gástrica. Algunos autores prefieren dirigir la línea de grapeo alejándose ligeramente del ángulo de His, dejando aproximadamente un centímetro del fondo gástrico, mientras que otros preferimos dirigir la gastrectomía directamente al ángulo de His. La controversia resulta de que algunas series han documentado crecimiento de un "neofondo" gástrico a partir de ese pequeño remanente, lo cual puede explicar de alguna manera una potencial reganancia de peso en el seguimiento a largo plazo. En cambio, una visión opuesta, justifica alejarse del ángulo de His para disminuir la presión que se genera en esta zona y tratar de evitar la posibilidad de una fístula postoperatoria. Finalmente, en cuestiones técnicas, la controversia persiste en cuanto a si hay o no necesidad de "reforzar" la línea de grapeo quirúrgico sobre la resección gástrica. Algunos autores proponen dejar las líneas de grapeo sin ningún tipo de reforzamiento, otros recomendamos el uso de suturas invaginantes y otros sugieren el uso de materiales de reforzamiento, de pericardio de bovino o de sustancias químicas reabsorbibles, para evitar la incidencia de fístulas o fugas postoperatorias en la línea de grapeo. Un estudio aleatorizado, publicado a finales de 2010, demostró que no existe diferencia en usar una técnica u otra para reforzar la línea de grapeo, al menos en lo que respecta a la incidencia de fístula postoperatoria.

Resultados a corto plazo

En la mayoría de las publicaciones el tiempo quirúrgico oscila entre 45 y 90 min y los tiempos de estancia hospitalaria fluctúan entre 24 y 72 h. La mortalidad postoperatoria a 30 días ha resultado menor al 1% y la morbilidad mayor (fuga, estenosis, sangrado o hernia incisional) fue menor al 12%. Todos estos resultados sitúan a la manga gástrica en medio de los reportados para la BGA y el BG.

Resultados a largo plazo

La pérdida de peso es el principal parámetro de seguimiento para los pacientes. No obstante, los síntomas colaterales persistentes luego de la GM deben ser considerados. La pérdida de peso promedio luego de un año de la cirugía para la MG es de 10-12 puntos de IMC o 65-75% del exceso de peso. Sin embargo, en seguimientos mayores a 5 años, se documenta una reganancia de peso que disminuye la pérdida del exceso de peso a 52% aproximadamente. En cuanto a resolución de las comorbilidades, la MG tiene un potencial de resolución de la DMT2 de alrededor del 55% y para la HTAS del 70%. Esto ubica a la MG en una calidad intermedia entre la BGA y el BP.

Cirugía de revisión (reoperaciones)

Las causas que requieren reoperaciones en los pacientes operados de MG son la presencia de complicaciones (fístulas, aparición o exacerbación de síntomas de ERGE, el sangrado postoperatorio, estenosis) y la falla en la

pérdida de peso. En el primer escenario, lo primordial sigue siendo reconocer la complicación lo antes posible ya que las complicaciones pueden aparecer inclusive antes de que el paciente muestre datos clínicos evidentes de sepsis. La taquicardia postoperatoria (> 120 latidos por minuto) parece ser un dato temprano de alerta clínica siempre que ésta no pueda explicarse por otra causa. En los casos de reoperaciones por complicaciones debe tenerse en cuenta que el abordaje, laparoscópico o abierto, no es ya la prioridad y resolver la complicación es lo trascendente. La fuga de la línea de grapeo es la complicación más temida por los cirujanos, ya que pone en peligro la vida del paciente. Su incidencia oscila entre < 1 y 5% y se presenta casi siempre sobre la parte alta de la manga gástrica, en el ángulo de His. Por ello algunos autores recomiendan dirigir la línea de grapeo ligeramente más lateral, dejando un poco de fondo gástrico. En la presencia de esta complicación, el tratamiento va a depender de la presentación de cada caso. Cuando la fuga existe sin presencia de datos de sepsis generalizada, el drenaje percutáneo puede ser suficiente. De manera casi anecdótica hay reportes del uso de endoprótesis recubiertas para favorecer el cierre de este tipo de complicaciones. No obstante, en presencia de sepsis manifiesta, lo más recomendable es reoperar inmediatamente al paciente para drenar extensivamente el sitio de fuga. La controversia persiste en cuanto a si el cierre primario de la perforación es lo recomendable, toda vez que el proceso inflamatorio local dificulta cualquier maniobra de reparación. La decisión terapéutica de estos casos desafortunados depende entonces de las condiciones locales y de la experiencia del cirujano. La otra indicación de reoperación es la pérdida postoperatoria insuficiente de peso (< 25% del exceso de peso). Esto ocurre principalmente en pacientes súper-obesos. De hecho, la MG fue ideada como un procedimiento preliminar para bajar de peso a estos pacientes y luego someterlos a una cirugía definitiva, BG o DBP. También de manera excepcional, la falla en la pérdida de peso puede ocurrir en pacientes con obesidad clase 2 ó 3. En este escenario, una alternativa es reoperar a estos pacientes para convertir su cirugía a un BG o a una DBP. De manera amplia, este tipo de conversiones es menos complicado que haber operado a estos pacientes de manera primaria con una cirugía definitiva (BG o DBP). No obstante, debemos considerar la posible presencia de adherencias, principalmente a la cara inferior del hígado o al polo superior del bazo. Una vez completa la disección, hay que dividir la manga gástrica a 3 cm de la unión esofagogástrica con engrapadora lineal-cortante y crear con seguridad una anastomosis gastroyeyunal en Y de Roux, dejando asas alimentaria y biliopancreática de entre 70 y 100 cm. Los resultados de esta reoperación, al menos en cuanto a la indicación para la reoperación, han sido bastante satisfactorios en la mayoría de los reportes.

Conclusiones

Las evidencias científicas contemporáneas en relación con la gastrectomía en manga nos permiten inferir que es una cirugía segura y eficiente para el manejo de los pacientes

obesos mórbidos. Aunque fue diseñada para pacientes con IMC mayor a 50 y los de entre 35 y 40, puede ser utilizada con buenos resultados en todos los pacientes obesos mórbidos. Los resultados a corto y mediano plazo la ubican en una calidad intermedia, entre la banda gástrica ajustable y el bypass gástrico. En cuanto a la resolución de las comorbilidades asociadas a la obesidad, en promedio la diabetes remite en un 55% y la hipertensión en un 70%. Aunque luego de 2 años puede haber una reganancia de peso, la pérdida del exceso de peso a un año se estima en un 70%. Finalmente, ante cualquier indicación, existe la posibilidad de reoperar a estos pacientes para convertir su cirugía a un bypass gástrico para resolver comorbilidades o fallas en la pérdida de peso.

Bibliografía sugerida

1. Hutter MM et al. First report from the American College of Surgeons Bariatric Surgery Center Network: Laparoscopic sleeve gastrectomy has morbidity and effectiveness positioned between the band and the bypass. *Annals of Surgery* 2011; 254: 410-422.
2. Himpens J et al. Long-term results of laparoscopic sleeve gastrectomy for obesity. *Annals of Surgery* 2010; 252: 319-324.
3. Lacy A et al. Revisional surgery after sleeve gastrectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2010: 20.
4. Giannopoulos GA et al. Staple line reinforcement in laparoscopic bariatric surgery: does it actually make a difference? A systematic review and meta-analysis. *Surgical Endoscopy* 2010; 24: 2782-8.