

**XIII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida y Enfermedades Metabólicas. 6-8 Abril 2011.**

**TRATAMIENTO DEL PACIENTE SUPEROBESO MEDIANTE GASTRECTOMIA TUBULAR POR LAPAROSCOPIA: EXPERIENCIA Y RESULTADOS A 17 MESES.**

Sanahuja Santafé A\*, Ferrer Valls JV\*, Pérez Folqués J.E\*, Saiz Saiz-Sapena N\*\*, Cester Ves D\*\*\*, Amador Martí L<sup>#</sup>, Melero Puche Y<sup>##</sup>. \*Cirujano general y digestivo, \*\*Anestesiólogo, \*\*\*DUE. <sup>#</sup>Dietista-Nutricionista, <sup>##</sup>Psicóloga.

Clínica Obésitas. Hospital 9 de Octubre. Valencia. [dr.ferrer@clnicasobesitas.com](mailto:dr.ferrer@clnicasobesitas.com)

**Objetivo:**

Exponer nuestra experiencia y resultados a medio plazo, en el manejo de pacientes superobesos, mediante un estricto protocolo preoperatorio multidisciplinar, y la aplicación de una Gastrectomía Tubular, especialmente restrictiva, por laparoscopia.

**Pacientes y método:**

Hemos intervenido 27 pacientes, con IMC > 50. Han sido valorados por nutricionista, psicólogo y cirujano bariátrico, además de otros especialistas según comorbilidades. Durante la preparación los pacientes han realizado dietas y ejercicio suave entre 4 y 10 semanas. Algunos han sido tratados con fluoxetina y topiramato para controlar hábitos pseudo bulímicos. Todos han sido intervenidos por un mismo cirujano y equipo quirúrgico y anestésico. La gastrectomía tubular se realizó sobre sonda de 32 Fr y sobrehilado con material irreabsorbible (polipropileno). Movilización al sillón y deambulación a las 4 horas de la cirugía. Tolerancia oral a las 18 horas. Control extrahospitalario de posible fuga, mediante drenaje Jackson-Pratt y azul de metileno diario, y control de constantes.

**Resultados:**

12 mujeres (44%) y 15 varones (56%), edad media 32 años. Cabe destacar la gran proporción de varones, que en IMC menor de 50 representan un 25% en nuestra casuística; este hecho aumenta la complejidad por la anatomía y la obesidad troncular. Durante la preparación, los pacientes han perdido 19 kg (3-33), y experimentado importante mejoría de las comorbilidades asociadas, especialmente diabetes y SAOS (y/o sueño no reparador con ronquidos muy intensos) cuando existían. Tiempo operatorio medio 180-210 minutos. Intubación con fibroscopio en 10 pacientes con Mallampati IV. Ninguna conversión a cirugía abierta, ni reintervención, ni reingreso a los 30 días. Ningún caso ha necesitado UCI postoperatoria. Estancia media hospitalaria 2-3 días. No infecciones, ni TVP, ni TEP, ni mortalidad.

	Peso perdido/kg	IMC	%SPP	%EIMCP*
0 mes	---	58,1	---	---
6 meses	47,7	40,3	50,3	48,8
17 meses	65,5	33,5	66,8	67,9

\*%EIMCP: proporción de exceso de IMC perdido.

Las comorbilidades han curado o mejorado en todos los casos. Todos los pacientes están satisfechos con la pérdida de peso y calidad de vida obtenida.

El IMC a los 17 meses ya se considera el mínimo que alcanzará el paciente, y hasta el momento ningún paciente ha necesitado o querido una segunda intervención quirúrgica tipo Bypass o Cruce Doudenal.

#### **Conclusiones:**

**1-**El paciente superobeso puede tratarse con gran seguridad medico-quirúrgica, mediante una estricta preparación multidisciplinaria y manejo operatorio poco intervencionista.

**2-**La gastrectomía tubular por laparoscópica, realmente restrictiva y en manos expertas, se presenta como una excelente alternativa en el control quirúrgico de pacientes superobesos, con mínima morbimortalidad y buenos resultados a medio plazo.