

buen hacer en cirugía bariátrica, tanto en lo que respecta al cambio con el tiempo como a sus buenos resultados. La comparación de las series de los servicios que realizan cirugía bariátrica es buena para progresar.

Nosotros hemos realizado 553 *bypass* gástricos, 44 de ellos por vía laparoscópica. La edad media era de 38,6 años (rango entre 16 y 63 años). El 89% eran mujeres. El peso medio fue de 123,6 kg (72-215) y el índice de masa corporal (IMC), de 47,34 kg/m<sup>2</sup> (27-72).

En cuanto a la técnica, la diferencia es la calibración del reservorio, que los autores lo hacen con una grapadora circular de 25 mm y nosotros, en cambio, con una banda de Goretex de 6,5 a 7 × 1 cm, rodeando el reservorio gástrico. La anastomosis gastroyeyunal la realizamos con hilo reabsorbible (Monocryl 3/0), con lo que no hemos tenido úlceras marginales. En una discusión sobre este tema, que tuvo lugar en el Congreso de la IFSO 2002, en Brasil, Scott Shikora decía haber revisado a 2.151 pacientes con banda, 22 de los cuales habían tenido problemas (1%); sin embargo, Thomas Szego afirmó que, operados 82 pacientes sin banda, 8 no perdieron peso de forma adecuada (10%). Verdaderamente, no se pusieron de acuerdo.

En cuanto a las complicaciones a corto plazo, en nuestra serie éstas son del 4,3%, el 1,2% de las cuales corresponden a la dehiscencia de sutura. Las reintervenciones (1,4%) corresponden a la dehiscencia de sutura y una laparotomía exploradora. No hemos observado hemorragia ni evisceraciones.

También debemos lamentar 3 fallecimientos en nuestra serie (0,6%), superobesos, intervenidos por vía abierta. El primero, un paciente con antecedentes de cáncer de pulmón intervenido, falleció por hipertensión pulmonar secundaria, y con este caso aprendimos que a veces hay que saber decir que "no". El segundo fue una paciente a la que el día del alta le sobrevino una muerte súbita, y en ella la necropsia diagnosticó arritmia cardíaca con paro cardíaco. El antecedente que cabe destacar era un incremento de 4 kg/mes durante el último año. Ahora no operamos a pacientes sin que tengan el peso estabilizado, y si el IMC es mayor de 60 kg/m<sup>2</sup> han de perder 10 kg antes de la intervención. El tercero inició un cuadro de neumotórax izquierdo en el segundo día del postoperatorio, sin objetivar dehiscencia de sutura en los tránsitos esofagogastroduodenales y las tomografías computarizadas (TC) repetidas que realizamos. Sin embargo, en la reintervención encontramos un empiema mediastínico por posible dehiscencia del punto superior de la sutura vertical; la cavidad abdominal era normal, y el paciente falleció por fracaso multiorgánico.

La estancia postoperatoria media es de 5 días, con un rango entre 2 y 35 días en cirugía abierta y un día menos en cirugía laparoscópica. Las complicaciones a largo plazo más frecuentes son las eventraciones clínicas, con un 14% en los primeros 30 pacientes y un 8,6% en el total de la serie. Creemos que la disminución es debida a los puntos de retención interna que practicamos.

En cuanto a los resultados ponderales en pacientes obesos mórbidos, el porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) fue del 74%, y el 100% mantiene un sobrepeso perdido superior al 50%. En cuanto a los pacientes supe-

## Comentario

### Carles Masdevall Noguera

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Se me ha pedido que haga un comentario sobre el artículo del *bypass* gástrico, escrito por, Díez del Val et al, y la impresión que obtengo es lo que todos sabíamos, su

robados, el PSP es del 71%, y el 89% mantiene un sobrepeso perdido superior al 50%, con un IMC promedio de 36 kg/m<sup>2</sup>. En cuanto a la vía laparoscópica, la pérdida de peso se produce antes en los primeros meses, seguramente porque se reincorporan antes a sus actividades; sin embargo, al cabo de un año ésta es igual.

He querido poner de manifiesto los resultados de nuestro servicio, para demostrar que aunque la técnica que utilizamos es algo diferente, los resultados obtenidos son muy similares, quizá porque el buen funcionamiento del *bypass* no sólo se debe a variaciones técnicas, sino a otros factores hormonales, como la grelina, la resistina, la leptina, etc.

Estoy de acuerdo en que la cirugía laparoscópica es el siguiente paso "natural". Sin embargo, tiene morbilidades que hay que vigilar; así, la hemorragia intraabdominal e intraluminal es superior, y en cirugía laparoscópica se está publicando un 4% de hernia interna, que no se ha producido en ambas series de cirugía abierta (757 pacientes).

Lo que es evidente es que si la técnica es más restrictiva y más malabsortiva se obtienen mejores resultados, pero no hay que olvidar que estamos tratando a personas y siempre hay que pensar en la calidad de la vida futura: éste es el justo medio difícil de encontrar.