

Artículo comentado: Treatment Options for Weight Regain or Insufficient Weight Loss After Sleeve Gastrectomy: a Systematic Review and Meta-analysis

Autores del trabajo: Rutger J. Franken, Nina R. Sluiter, Josephine Franken, Ralph de Vries, Dennis Souverein, Vitor E. A. Gerdes, Maurits de Brauw.

Citación (Revista): Franken R.J., Sluiter N.R., Franken J., de Vries R. , Souverein D. , Gerdes V.E.A., de Brauw M. Treatment Options for Weight Regain or Insufficient Weight Loss After Sleeve Gastrectomy: a Systematic Review and Meta-analysis *Obes Surg.* 2022 Apr 2.

DOI: 10.1007/s11695-022-06020-0

Autor del comentario: María del Castillo Tous Romero

Objetivos del estudio: Valorar la eficacia y complicaciones de las diferentes técnicas endoscópicas y quirúrgicas para tratar la reganancia o pérdida de peso insuficiente tras gastrectomía tubular o “sleeve” gástrico.

Contexto del estudio:

El aumento de la de la obesidad grave, se ha acompañado de un aumento de números de intervenciones de cirugía bariátrica. Actualmente la gastrectomía tubular (“sleeve”) es la técnica más usada a nivel mundial. La reganancia ponderal o la insuficiente pérdida de peso son posibles indicaciones de una cirugía de revisión. Actualmente, las cifras de cirugía de revisión tras gastrectomía tubular se sitúan en torno al 27 % siendo la reganancia o pérdida de peso insuficiente el principal motivo de indicación. Se han descrito diferentes técnicas con esta indicación: “re-sleeve”, bypass gástrico en Y de Roux, mini bypass gástrico (“one anastomosis gastric bypass”), SADI (single anastomosis duodeno-ileal bypass) y el cruce dudodenal. Además, también se usan técnicas endoscópicas.

Diseño del estudio y metodología:

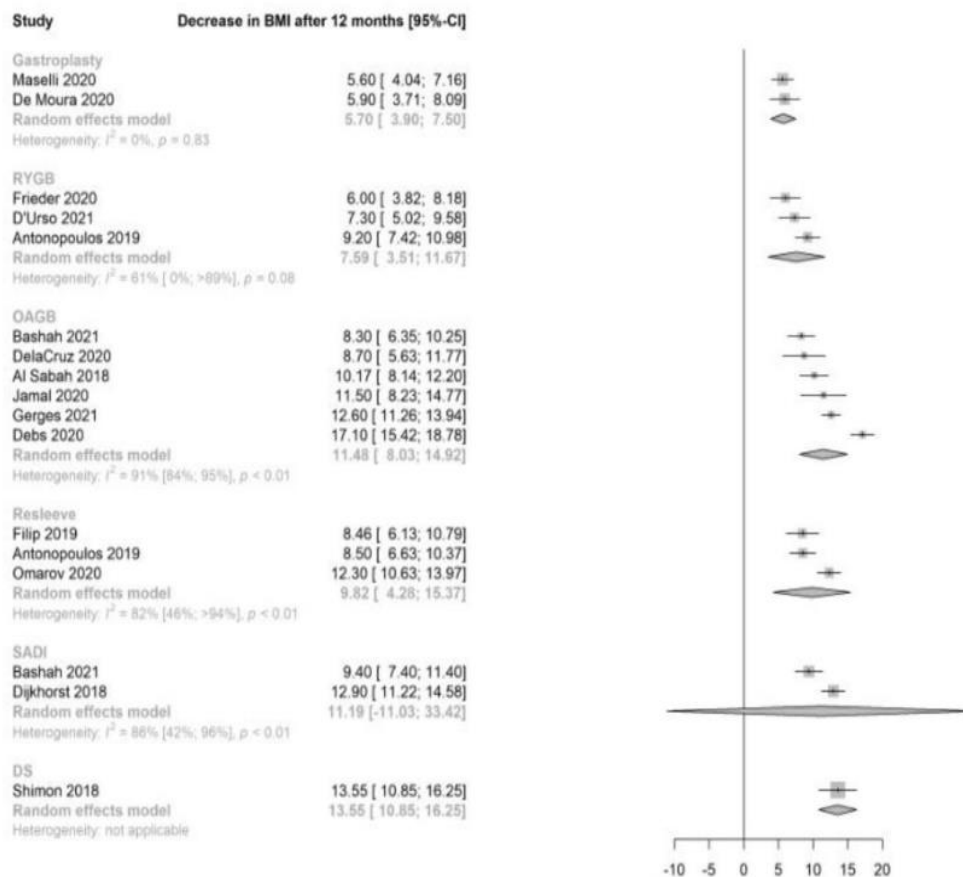
Revisión sistemática y metaanálisis de todos los estudios realizados, retrospectivos y prospectivos, de técnicas quirúrgicas y endoscópicas para tratar la regancia ponderal o insuficiente pérdida de peso en pacientes mayores de 18 años tras realización de un “sleeve” gástrico. Se excluyó revisiones de la literatura, casos clínicos y estudios en animales. Los estudios debían incluir un mínimo de 20 pacientes incluidos y debían tener datos de eficacia de pérdida de peso tras la intervención. Dos revisores independientes extrajeron los datos, características de pacientes y resultados. Los investigadores eran de varios centros holandeses.

Población de estudio: Se incluyeron 22 estudios que incluían 1342 pacientes: Dos estudios usaban técnicas endoscópicas; siete estudios incluían “re-sleeve”; seis estudios bypass gástrico; ocho estudios “mini-bypass”; tres estudios SADI y un estudio con cruce duodenal.

Resultados/Novedades que plantea el artículo: Primera revisión sistemática de la literatura y metaanálisis que compara las diferentes estrategias para tratar la “reganancia ponderal” o pérdida de peso insuficiente tras “sleeve” gástrico.

Número de pacientes incluidos en estudios por técnicas:

	ESG	RYGB	OAGB	Re-sleeve	SADI	DS
At revision	116 ^{1,2}	309 ^{1,2,3,4,5,6}	484 ^{1,2,3,4,5,6,7,8}	224 ^{1,2,3,4,5}	150 ^{1,2,3}	21 ¹
3 months	61 ¹		62 ^{1,2}			
6 months	84 ^{1,2}	62 ¹	123 ^{1,2,3,4}	73 ^{1,2}		
12 months	60 ^{1,2}	107 ^{1,2,3}	236 ^{1,2,3,4,5,6}	95 ^{1,2,3}	108 ^{1,2}	21 ¹
18 months			49 ⁵			
24 months		25 ⁴	93 ^{3,6}	60 ^{3,4}		
36 months		170 ^{2,3,5,6}	214 ^{3,7,8}	27 ²	23 ³	
48 + months		25 ^{2,6}	73 ⁶	11 ⁵		18 ¹

Disminución IMC de los 36 meses:


Complicaciones de los diferentes procedimientos:

	ESG n = 116	Re-SG n = 224	RYGB n = 309	OAGB n = 484	SADI n = 150	DS n = 21
Mortality	0	1 (0.4%)	0	0	1 (0.7%)	0
Major (CD III/IV)	1 (0.9%)	15 (6.7%)	25 (8.1%)	22 (4.5%)	9 (6.0%)	2 (9.5%)
Anastomotic leakage		8 (3.6%)	4 (1.3%)	6 (1.2%)	2 (1.3%)	
Anastomotic stenosis	1 (0.9%)	4 (1.8%)	8 (2.6%)	1 (0.2%)		
GI bleeding		3 (1.3%)	2 (0.6%)	5 (1.0%)		
Internal herniation			3 (1.0%)		1 (0.6%)	
Cicatricial herniation			1 (0.3%)	2 (0.4%)	2 (1.3%)	
Abscess			2 (0.6%)	2 (0.4%)	3 (2.0%)	
Small bowel perforation				1 (0.2%)	1 (0.6%)	
GI ulceration			5 (1.6%)	5 (1.0%)		
Severe malnutrition						2 (9.5%)
Minor (CD I/II)	8 (6.9%)	5 (2.2%)	43 (13.9%)	11 (2.3%)	54 (36.0%)	1 (4.8%)
GERD	6 (5.0%)	1 (0.4%)		3 (0.6%)		
Nutritional deficiency		2 (0.9%)	42 (13.6%)	1 (0.2%)	48 (32%)	1 (4.8%)
Dehydration	4 (3.4%)	2 (0.9%)				
Steatorrhoe					6 (4.0%)	
Biliary reflux				3 (0.6%)		
Pneumonia				1 (0.2%)		
Wound infection				3 (0.6%)		
Pseudomembranous colitis			1 (0.3%)			

Limitaciones: Posibilidad de sesgos potenciales por la diversidad de las indicaciones y las técnicas, la selección de pacientes, la experiencia de los cirujanos, volumen gástrico preoperatorio, la forma de recogida de los efectos secundarios/complicaciones, la diferencia de definición de complicaciones postoperatorias y comorbilidades preoperatorias. Posibilidad de sesgos al tratarse de estudios retrospectivos. Se han incluido estudios con seguimiento de 1 año tras cirugía, que es un periodo relativamente corto de tiempo para valorar la eficacia de cambios de peso tras cirugía bariátrica.

Aplicabilidad clínica: Dado el aumento de intervenciones en nuestro medio, cada vez más frecuentemente nos vamos a encontrar la situación de reganancia o insuficiente pérdida de peso y es importante saber cuales son los riesgos y eficacia de estas técnicas antes de plantear al paciente una técnica de revisión. El estudio es útil para saber los datos a corto plazo de eficacia y complicaciones. Aunque la heterogeneidad de los estudios y los pobres datos de seguimiento nos impide realizar recomendaciones de una técnica frente a otra con buen nivel de evidencia.

Perspectivas de investigación derivadas del estudio:

Es necesario realizar estudios randomizados, con definiciones uniformes de reganancia ponderal e insuficiente pérdida de peso, con años de seguimiento a largo plazo; estos estudios deberían incluir técnicas de imagen estandarizadas para medir volumen gástrico.

Conclusiones principales: Todas las estrategias utilizadas son efectivas para la pérdida ponderal. Los datos de esta revisión apoyan el uso “mini bypass gástrico” basándose en pérdida de peso y complicaciones. Las técnicas endoscópicas son las menos efectivas. SADI y cruce duodenal están asociadas alto porcentaje de complicaciones.

Opinión personal: El artículo es interesante por la revisión sistemática de la literatura que realiza. Aunque los numerosos posibles sesgos no nos permiten realizar recomendaciones, es interesante revisar los estudios publicados de las diferentes técnicas: pérdida ponderal y complicaciones. Datos a más largos plazo (al menos 10 años) son necesarios y nos ayudarán a poder valorar las diferentes técnicas. Creo que además de estudios comparativos entre las técnicas, en un futuro será interesante realizar estudios que comparen eficacia de técnicas quirúrgicas frente a los nuevos fármacos de la obesidad en reganancia/ insuficiencia pérdida ponderal. Hay que ponderar la eficacia de las diferentes técnicas con riesgo de complicaciones de las técnicas teniendo en cuenta el estado del paciente, el posible beneficio, el volumen de estómago, pero también los aspectos psicológicos que hayan podido tener relación con la reganancia.

Resumen para la población general:

La cirugía bariátrica (cirugía de la obesidad) se realiza cada vez más frecuente en nuestro medio por el aumento de la obesidad. La técnica más usada es la gastrectomía tubular. Un porcentaje importante no consigue perder un peso suficiente o tiene reganancia del peso perdido. Actualmente se usan diferentes técnicas quirúrgicas, así como endoscópicas para esta situación. Este estudio hace una revisión de los estudios publicados hasta la fecha comparando los resultados de las diferentes técnicas en eficacia y efectos secundarios. Este estudio no permite hacer recomendaciones sobre que técnica utilizar ya que la mayoría de estudios tiene un tiempo de seguimiento pequeño para valorarlo. Todas las técnicas consiguen que los pacientes pierdan peso, pero no son están exentas de riesgo. Hacen falta estudios de mayor calidad y a más largo plazo.

Fecha: 11/04/2022