11209
106
2ej

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA GASTROPLASTIA VERTICAL CON ANILLO DE SILASTIC Y RESERVORIO GASTRICO EN "Y" DE ROUX EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD MORBIDA.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL:

DR. FRANCISCO SANCHEZ MARTINEZ.

FACULTAD DE MEDICINA
SET. 12 1994
SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
MLCV

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

DR. RAUL VIZZUETT MARTINEZ
COORDINADOR DE CAPACITACION Y DESARROLLO E INVESTIGACION

DR. ARTURO VAZQUEZ GARCIA
PROFESOR TITULAR DE CIRUGIA GENERAL

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEO
NOV. 30 1993
COORDINACION DE CAPACITACION Y DESARROLLO E INVESTIGACION

DR. ALFREDO DELGADO CHAVEZ
COORDINADOR DE CIRUGIA

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GRAL. MEDICA
NOV. 30 1993
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA GASTROPLASTIA VERTICAL CON ANILLO DE SILASTIC Y RESERVORIO GASTRICO EN "Y" DE ROUX EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MORBIDA"

AUTOR: DR. FRANCISCO SANCHEZ MARTINEZ
DIRECCION: JOSE MARIA MORELOS No. 603
COL. 5 DE FEBRERO
CUAUTLA, MOR.

ASESOR: DR. FERNANDO CERON RODRIGUEZ
JEFE DE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I.S.S.S.T.E.

VOCAL DE INVESTIGACION: DR. ALFREDO DELGADO CHAVEZ
COORDINADOR DE CIRUGIA

DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA
JEFE DE INVESTIGACION

DR. ENRIQUE MONTIEL TAMAYO
JEFE DE CAPACITACION Y DESARROLLO

MEXICO, D.F. NOVIEMBRE DE 1993.

C O N T E N I D O

RESUMEN 1

SUMMARY 3

INTRODUCCION 5

MATERIAL Y METODOS 8

RESULTADOS. 12

DISCUSION 16

CONCLUSIONES 19

GRAFICAS Y FOTOGRAFIAS. 20

BIBLIOGRAFIA 33

RESUMEN

En el Servicio de Cirugía general del hospital regional "Lic. Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E., en un período comprendido de el mes de octubre de 1991 al mes de mayo de 1993 (19 meses), se realizó cirugía para la obesidad Mórbida a un total de 53 pacientes, 4 (7.5%) hombres, 49 - - - (92.4%) mujeres, siendo estudiados de acuerdo al protocolo de valoración y selección.

Se realizaron dos técnicas quirúrgicas: Reservorio Gástrico en "Y" - de Roux a 39 pacientes (4 hombres y 35 mujeres), tiempo transoperatorio - de 2.3 hrs. y de estancia hospitalaria de 5.5 días.

La Gastroplastía Vertical con anillo de Silastic a 14 pacientes del sexo femenino, con tiempo transoperatorio de 1.45 hrs. y de estancia hospitalaria de 3 días.

En la primer técnica se obtuvo un peso preoperatorio de 116.20 $\pm$ 5.34 kg. con intervalo de confianza 95%, peso promedio postoperatorio de 82.39 $\pm$ 5.43 kg. con intervalo de confianza 95%, obteniéndose una disminución de -- 34.38 $\pm$ 0.49 kg. con intervalo de confianza 95%, siendo estadísticamente -- significativo ($P < 0.0005$).

En la segunda técnica, se obtuvo un peso preoperatorio promedio de -

108.57 ± 5.27 con intervalo de confianza (IC) 95%, el peso promedio post_ operatorio de 76.10 ± 5.21 con IC 95%, estadísticamente signfiicativo - - (P<0.0005).

La disminución del peso de la primera técnica fué de 34.38 ± 0.49 kg y un 42.6% con intervalo de confianza 95% (IC) fué mayor que la disminu__ ción de la segunda técnica 32.46 ± 0.49 kg y un 41% con IC al 95%, siendo - estadísticamente significativo (P<0.0005). Las complicaciones de la pri__ mer técnica con los de la segunda técnica no son estadísticamente signfica_ tivos.

Dado los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos afirmar -- que el Reservorio Gástrico en "Y" de Roux, es el mejor procedimiento bariá_ trico que cumple con los objetivos para el tratamiento de la Obesidad Mórbi_ da.

Palabras clave: Gastroplastía Vertical con Anillo de Silastic.
Reservorio Gástrico en "Y" de Roux.
Obesidad Mórbida.

SUMMARY

At the General Surgery Service of Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos I.S.S.S.T.E., in a period comprehended from October 1991 to May-1993 (19 months was realized surgery to cure the Morbid Obesity in 53 patients) 4 male (7.5%) and 49 female (92.4%), being studied according - to valuation and relection protocolo.

They realized two kinds of Surgery Gastric Reservory in "Y" of Roux-in 39 patients (4 male and 35 female) and the transoperatory time was 2.3 hrs. and estance hospitalary of 5.5 days.

The Vertical Gastroplasty with Silastic Ring in 14 patients female - with transoperatory time of 2.3 hrs. and estance hospitalary of 3 days.

On the first technique obtained a preoperatory weight of 116.20±5.34 kg. with IC at 95%, average postoperatory weight of 82.39 ± 5.43 kg. with - IC at 95%, obtaining a decrease of 34.38 with ± 0.49 kg. with IC at 95% - - being estadistic significative (P<0.0005).

The second technique was obtained rate weight of 108.57 ± 5.27 with IC 95% with average of weight postoperatory of 76.10 ± 5.21 IC at 95% significative statistically (P<0.0005 >.

The weight dicrease to the first technique was at 34.38 ± 0.49 kg. - and 42.6% with IC at 95%, was mayor than decrease to the second technique - 32.46 ± 0.49 kg. with IC at 95%, being estadistic significative (P <0.0005) the first technique complications with the second technique complications - - are not estatistical significatives.

The results obtained in our study, we could confirm that the Gastric - Reservory in "Y" of Roux in the best procedure bariatric performing with the- objectives for the Morbid obesity Treatment.

Key words: Vertical Gastroplasty with Silastic Ring
Gastric Reservory in "Y" of Roux.
Morbid Obesity.

INTRODUCCION

La primera clasificación de la obesidad, se basaba sobre la etiolo__ gía y reconocía dos tipos: exógena (nutricional) y endógena (endócrina, metabólica). Si bien se continúa su uso, está desactualizada. Una clasifi_ cación correcta de los pacientes obesos, exige considerar la etiología, - - edad de comienzo, medidas antropomórficas (14). existen otras clasifica_- ciones de acuerdo a lo citado por Freeman y cols, de leve a moderada - - (110% a 130% del peso deseable), severa (130% a 200% del peso deseable) y mórbida (más del 200% del peso deseable) (2).

Aproximadamente el 45% de la ingesta calórica, es utilizado normal__ mente para el mantenimiento de la temperatura corporal, el resto es captado por los procesos metabólicos que dependen de la energía y lo que queda se- almacena, ya sea en forma de glucógeno ó de depósito de grasa que es una -- forma altamente eficiente de almacenamiento calórico, porque 1 gr. de teji_ do adiposo cede 8.1 calorías, mientras que 1 gr. de músculo ó hígado, cede solamente una caloría (11, 13).

la Obesidad extrema ocaciona disfunciones y enfermedades en órganos y sistemas. El corazón y los pulmones se tornan insuficientes, la primera y única manifestación de la obesidad es la función del corazón, según Drenick y Fusler, puede ser el paro cardiaco repentino. Al aumentar de peso suceden cambios metabólicos complejos en la persona como hiperinsulinemia, que con_ tribuye a la hipertensión arterial, elevados aumentos de estrógenos y la --

diminución en la proteína que se liga a hormonas, incrementa al quíntuple la incidencia de cáncer endometrial (12, 14).

Muchos pacientes con Obesidad mórbida, sufren períodos depresivos debido a dos factores: malestar somático y rechazo social (14).

El Instituto Nacional de la Salud de los Estados unidos, desarrolló una conferencia sobre cirugía gastrointestinal para la obesidad severa entre cirujanos, gastroenterólogos, endocrinólogos, psiquiatras, nutriólogos, el panel recomendó:

a) Inicialmente programa no quirúrgico, solo regímenes dietéticos, - ejercicios, conducta dietética.
b) Candidatos a cirugía, deben de seleccionarlos un equipo multidisciplinario.
c) A los pacientes se les debe informar riesgos quirúrgicos del - bypass ó restricción gástrica.
d) Operación a realizar, debe ser un cirujano experto.
e) Es necesario el control médico de por vida, después de la cirugía (10).

Los malos resultados con los tratamientos convencionales a base de - dietas, fármacos anoréxicos, constituyen la primera razón para el uso de -- procedimientos quirúrgicos concebidos para promover pérdida de peso, ya sea reduciendo la capacidad absortiva del tracto alimentario ó reduciendo la ca

-pacidad de ingesta (10, 14).

La revisión de los últimos 35 años en el tratamiento quirúrgico de - la obesidad, la que se utilizó en el comienzo la derivación yeyunal, producto de Kreman, Linner y Nelson, fué substituída por una desviación gástrica en "Y" de Roux, de una bolsa horizontal a una vertical, agregando un collar de fascia autógena, la gastroplastía vertical la introdujo Mason en 1982 - (13).

Todos los pacientes sometidos a una operación de reducción gástrica, deben ser, estimulados a ingresar en algún programa de actividades físicas y control dietético.

El objeto del reservorio Gástrico en "Y" de Roux y la Gastroplastía Vertical con anillo de Silastic, es la pérdida ponderal hasta llegar al peso ideal (1, 4, 7, 8) con menos complicaciones; por lo cual el propósito de este estudio es comparar la eficiencia de ambas técnicas quirúrgicas en-forma prospectiva y comparativa en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E.

MATERIAL Y METODOS

En el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E., en un período comprendido de el mes de Octubre de 1991 al mes de Mayo de 1993 (19 meses), se sometieron a cirugía para la Obesidad Mórbida un total de 53 pacientes, utilizando los siguientes criterios de inclusión:

a) Ambos sexos
b) Edad entre 17 y 56 años
c) Obesidad Mórbida: peso corporal superior al 60% ó 45 kg. de exceso en relación con el peso normal.
d) Individuos de menos de 1.45 mts. de estatura con 100% de sobrepeso

Los criterios de exclusión utilizados:

a) Pacientes con Obesidad Mórbida con inestabilidad cardiopulmonar.
b) Que presenten algún grado de desnutrición.
c) Obesidad Mórbida de causa endócrina.

Se dividieron en dos grupos:

GRUPO 1.- Se les realizó Reservorio Gástrico en "Y" de Roux a 39 pacientes utilizando la siguiente técnica quirúrgica: previo protocolo quirúrgico, se realiza incisión media supraumbilical, dieresis por planos hasta - cavidad abdominal, se expone el estómago, se diseca la región avascular del

omentum menor a nivel de la unión esofagogástrica, se coloca engrapadora TA 90 con dos hileras de grapas en sentido horizontal, quedando una bolsa gástrica de 15 a 20 ml. de capacidad, se realiza anastomosis entre ésta y yeyuno en un solo plano laterolateral y a 50 cm. sobre yeyuno asa en "Y" de - - Roux, anastomosis yeyuno yeyuno laterotermina en un solo plano, se coloca- finalmente una sonda nasogástrica dirigida a 15 cm. de la gastroyeyuno anastomosis, se sutura la pared abdominal por planos con la técnica habitual.

GRUPO 2.- A 14 pacientes se les realizó Gastroplastía Vertical con - anillo de Silastic, utilizando la siguiente técnica quirúrgica: previo protocolo quirúrgico, se realiza incisión supraumbilical, dieresis por planos hasta cavidad abdominal, se expone la curvatura menor del estómago, incidiendo sobre la región avascular del omentum menor, se diseca el esófago y se coloca penrose a su alrededor, se hace una pequeña abertura junto al estómago a 9 cm. debajo del ángulo esofagogástrico por encima de la "pata de- cuervo".

Posteriormente se inserta un trocar a través de la pared anterior y posterior del estómago en la porción final de lo que será la línea de engrapado del Reservorio Gástrico, al trocar le sigue un trozo de tabuladura que a su vez se conecta con el vástago de una engrapadora EEA. De este modo se puede colocar con exactitud una ventana engrapada de no más de 12 mm. de -- diámetro junto al sitio del estoma, con riesgo mínimo de contaminación.

Por la ventana ya realizada se guía un engrapador TA 90 con cuatro - hileras de grapas hacia el fondo gástrico cerca de la unión esofagogástrica se activa el mecanismo, quedando un Reservorio Gástrico de 20 ml. de capacidad. Se coloca el anillo de Silastic de 5 cm. ajustándolo a través de la -- abertura en la pared gástrica, quedando un diámetro del estoma de 12 mm. se coloca una sonda nasogástrica a través del estoma, finalmente se realiza sutura de la pared abdominal por planos.

A todos los pacientes se les efectuó historia clínica, biometría hemática completa (Aparato Coulter), química sanguínea y electrolitos séricos (Asira y Syncron), pruebas de funcionamiento hepático completas (Aparato hitachi y Aca), tiempos de coagulación (Aparato Fibrómetro), exámen general de orina (Aparato Urotron y microscopia), perfil tiroideo (Radio inmunoanálisis), gamagrama tiroideo (Gamacamara), espirometría (Vitalógrafo), electrocardiograma (Burdick), rayos x: tele de tórax (Phillips 500 maprs, 125 Kw).

A todos se les realizó valoración preoperatoria por el Servicio de - Medicina Interna y/o Terapia intensiva.

A todos los pacientes se les efectuó seguimiento hasta los seis meses para propósito del estudio, analizando además: edad, peso preoperatorio tiempo de padecer la obesidad, patología agregada, tiempo de estancia hospitalaria, pérdida de peso y complicaciones postquirúrgicas.

Se presentan resultados, se analizan promedios con t de student - - correlacionada.

R E S U L T A D O S

Se incluyeron para la realización de este estudio comparativo, para el tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida, a un total de 53 pacientes, 49 (92.4%) del sexo femenino y 4 (7.5%) del sexo masculino - - (Gráfica 1).

GRUPO 1.- Se realizó la técnica del Reservorio Gástrico en "Y" de -- Roux a 39 pacientes (73.5%) (Gráfica 2), 4 (10.2%) sexo masculino y 35 (63.3%) sexo femenino, la edad promedio fué de 35.5 años (17 a 54 - - años) (Gráfica 3), peso promedio de 133 kg. (101 a 165 kg.) (Gráfica 4) evolución del padecimiento de 25 años (10 a 40 años) (Gráfica 5).

La patología agregada que presentaban fueron las siguientes: 32 pacientes (82%) con hipertensión arterial sistémica y alteraciones de la espirometría, 4 pacientes (10.2%) con insuficiencia venosa, 2 pacientes - - (5.1%) con úlcera duodenal, 1 paciente (2.5%) con hernia de disco.

Tiempo promedio de estancia hospitalaria fué de 5.5 días (3 a 8 -- días) (Gráfica 8).

La pérdida de peso, al mes de 18.5 kg. (15 a 22 kg.), a los 4 meses de 25 kg. (20 a 30 kg.), a los 6 meses de 34.5 (32 a 37 kg),(Gráfica 9)

las complicaciones postoperatorias son las siguientes: 4 pacientes -

(10.2%) con flebitis, 3 pacientes (7.6%) con hernia postoperatoria, 2 - pacientes (5.1%) con seroma de la pared abdominal, 1 paciente (2.5%) con úlcera de boca anastomótica, 1 paciente (2.5%) con derrame pleural izquierdo,1 paciente (2.5%) falleció en el postoperatorio inmediato por -- tromboembolia pulmonar (Gráfica 10).

Del total de los 39 pacientes a quienes se les realizó el Reservorio Gástrico en "Y" de Roux, se obtuvo un peso promedio preoperatorio de - - - 116.20 ± 5.34 kg. con intervalo de confianza al 95%, el peso promedio postoperatorio fué de 82.39 ± 5.43 kg. con Índice de confianza al 95%, obteniendose una disminución promedio de 34.38 ± 0.49 kg. y un 4.6% con intervalo de confianza al 95%, siendo estadísticamente signfiicativo (P<0.0005).

GRUPO 2.- Se analizó la técnica Gastroplastía Vertical con anillo de Silastic a 14 pacientes (26.4%) del sexo femenino (Gráfica 2).

La edad promedio fué de 31.5 años (17 a 42 años), (Gráfica 3),peso promedio de 123.5 kg. (105 a 142 kg) (Gráfica 4), con una evolución del padecimiento de 19 años (8 a 30 años) (Gráfica 5).

La patología agregada que presentaban, fueron las siguientes: 6 pacientes (42.8%) con Diabetes Mellitus insulinodependientes, 1 paciente -- (7.1%) con asma bronquial manejada con esteroides, 1 paciente (7.1%) -- con prótesis bilateral de cadera, 1 paciente (7.1%) con espolón calcáneo, 1 paciente (7.1%) con hernia de disco, 1 paciente (7.1%) con hiperten-

-sión arterial sistémica (Gráfica 7).

Tiempo promedio de estancia hospitalaria fué de 3 días (2 a 4 días) (Gráfica 8).

La pérdida de peso fué al mes de 15 kg. (12 a 18 kg) a los 4 meses de 21 kg. (20 a 22 kg.) a los 6 meses 32.5 kg. (31 a 34 kg.) (Gráfica 9)

Las complicaciones postoperatorias son las siguientes: 1 paciente - (7.1%) seroma de la pared abdominal, 1 paciente (7.1%) hiperglicemia de difícil manejo en el postoperatorio inmediato, 1 paciente (7.1%) con broncoespasmo severo, 1 paciente (7.1%) con esofagitis monilia.

Del total de los 14 pacientes a quienes se les realizó Gastroplastía Vertical con anillo de Silastic, se obtuvo un promedio preoperatorio de - 108.57 $\pm$ 5.27 kg. con intervalo de confianza al 95%, el mes promedio postoperatorio fué de 76.10 $\pm$ 5.21 kg. con intervalo de confianza al 95%, obteniéndose una disminución promedio de 32.46 $\pm$ 0.49 kg y un 41% con un intervalo de confianza al 95%, siendo estadísticamente significativo ($P<0.0005$)

La disminución del peso del Grupo 1 fué promedio de 34.38 $\pm$ 0.49 kg. y un 42.6% con intervalo de confianza al 95% fué mayor que la disminución - del peso del Grupo 2 con promedio de 32.46 $\pm$ 0.49 kg. y un 41% con intervalo de confianza al 95%, siendo estadísticamente significativo ($P<0.0005$).

En las complicaciones postoperatorias del Grupo 1, que fueron 12 pacientes mayores que las complicaciones del Grupo 2 con 4 pacientes, no siendo estadísticamente significativo.

DISCUSION

Los sujetos con obesidad mórbida están expuestos a innumerables complicaciones y alteraciones de sus funciones orgánicas, por lo que el tratamiento quirúrgico les ofrece una reducción del peso ponderal, mejorar las complicaciones propias de la obesidad y una mejor calidad de vida.

En nuestro estudio prospectivo, comparamos dos técnicas que se llevan a cabo en nuestra institución con una experiencia de 19 meses (fecha de corte) entre reservorio Gástrico en "Y" de Roux y Gastroplastía Vertical con anillo de Silastic.

En la literatura mundial existen múltiples estudios prospectivos retrospectivos donde se ha documentado una significancia perdida de exceso de peso con bypass gástrico que varios tipos de gastroplastías horizontales ó verticales, en la cual los pobres resultados fueron secundarios a causas técnicas como agrandamiento de bolsas ó estomas ó disrupción de la línea de sutura ó engrapado (2).

En un estudio prospectivo y comparatvio entre bypass gástrico con "Y" de Roux (BGYR) y Gastroplastía Vertical en banda (GVB) hubo una pérdida de peso mejor con la primera técnica (9), el seguimiento que realizaron los autores fué hasta 36 meses con pérdida del exceso de peso a los 3, 6, 9 y 12 meses con BGYR de 35%, 55%, 60% y 65% y con GVB de 30%, 35%, 39% y 42% respectivamente, después de los 12 meses hasta los 36 meses, no solo-

la pérdida de peso, sino que disminuye ésta; para BGYR a 62% y para la GVB del 38% (9).

En nuestro estudio realizado el seguimiento de nuestros 53 pacientes fué al mes, cuatro y seis meses (fecha de corte) los resultados los evaluamos en kilogramos; como otro criterio aparte del de tanto por ciento, para diagnóstico de Obesidad Mórbida, siendo estadísticamente más signfiicativo la pérdida del exceso de peso para el Reservorio Gástrico en "Y" de Roux con promedio de 34.38 ± 0.49 kg. y con un 41% con el intervalo de confianza el 95% (P<0.0005).

Es de interés mencionar que la Gastroplastía Vertical con anillo de Silastic de acuerdo a la experiencia de nuestra institución, es una técnica fácil, con menos estancia hospitalaria y tiempo transoperatorio de 1.45 hrs. menos complicaciones postoperatorias y ningún fallecido hasta el momento, - comparativamente con el Reservorio Gástrico en "Y" de Roux es una técnica - más difícil, con más estancia hospitalaria y tiempo transoperatorio de 2.45 hrs. más complicaciones postoperatorias, aunque estadísticamente no significativa, comparada con la técnica anterior.

Un fallecido (1.8%) a las 18 horas del postoperatorio, comparativamente con series de la Universidad de kentucky con la mortalidad de (0.8%) (8). De acuerdo con resultados en la literatura mundial (8, 9, 10) y -- con nuestra Institución, el reservorio Gástrico en "Y" de Roux es la mejor

El seguimiento a largo plazo se debe de continuar, por lo que queda el campo abierto para detectar con muestreo más amplio, la técnica que - - ofrezca disminución del exceso de peso con menos complicaciones y una mejor calidad de vida a nuestros pacientes.

C O N C L U S I O N E S

1.- Las Técnicas Quirúrgicas del Reservorio Gástrico en "Y" de Roux y - Gastroplastía Vertical con anillo de Silastic, disminuyen el peso en la Obesidad Mórbida significativamente, con 42.6% y 41% respectiva__ mente.

2.- La Técnica Quirúrgica del Reservorio Gástrico en "Y" de Roux para el tratamiento de la Obesidad Mórbida, tiene un promedio de días de es_ tancia hospitalaria mayor que la Gastroplastía Vertical con anillo - de Silastic significativamente.

3.- La Técnica Quirúrgica para el Reservorio Gástrico en "Y" de Roux pa_ ra la Obesidad mórbida, disminuye más el peso que la Gastroplastía Vertical con anillo de Silastic.

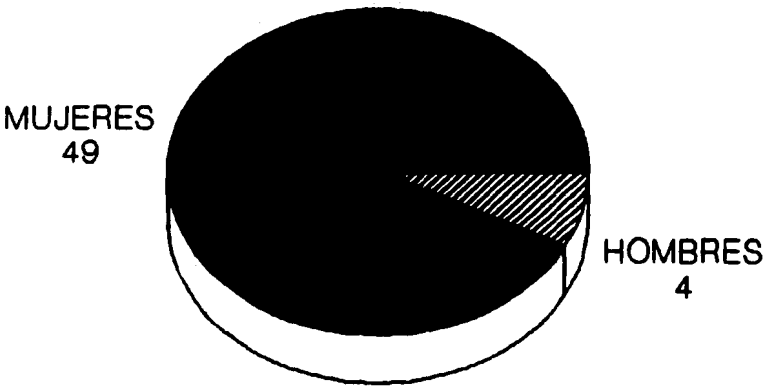
4.- Las complicaciones son similares en ambas Técnicas Quirúrgicas.

5.- La mortalidad más frecuente fué para el Reservorio Gástrico en "Y' - de Roux.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD MORBIDA

GRAFICA No. 1

TOTAL 53 PACIENTES



RELACION POR SEXO

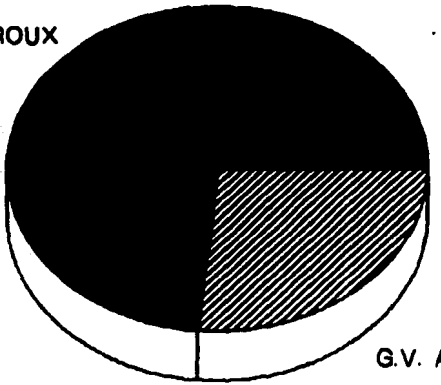
RESERVORIO GASTRICO EN "Y" DE ROUX
GASTROPLASTIA VERTICAL CON ANILLO DE SILASTIC

HRLALM CIRUGIA GENERAL

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD MORBIDA

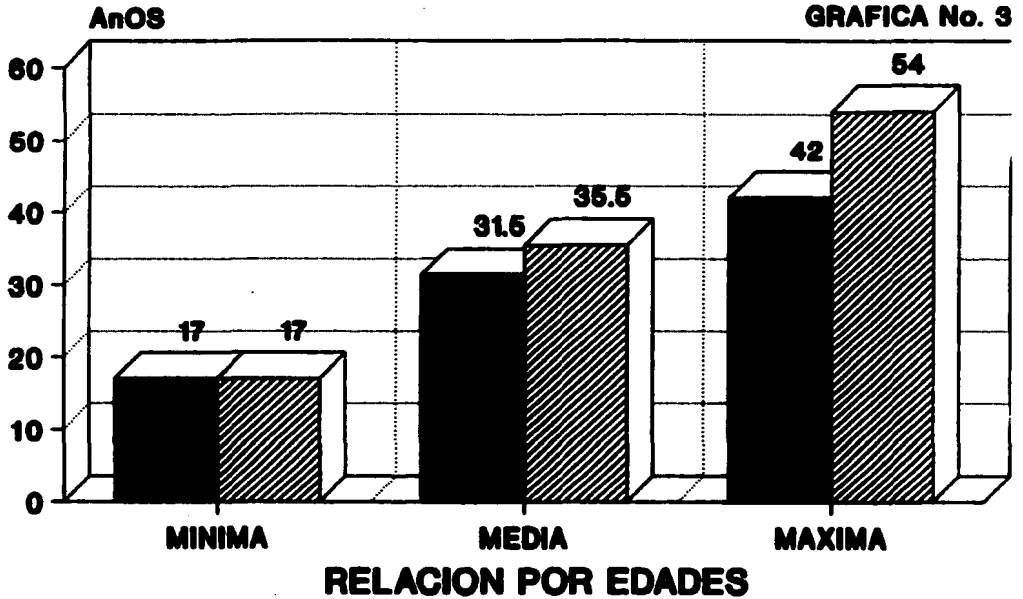
GRAFICA No. 2



RELACION POR TECNICA QUIRURGICA

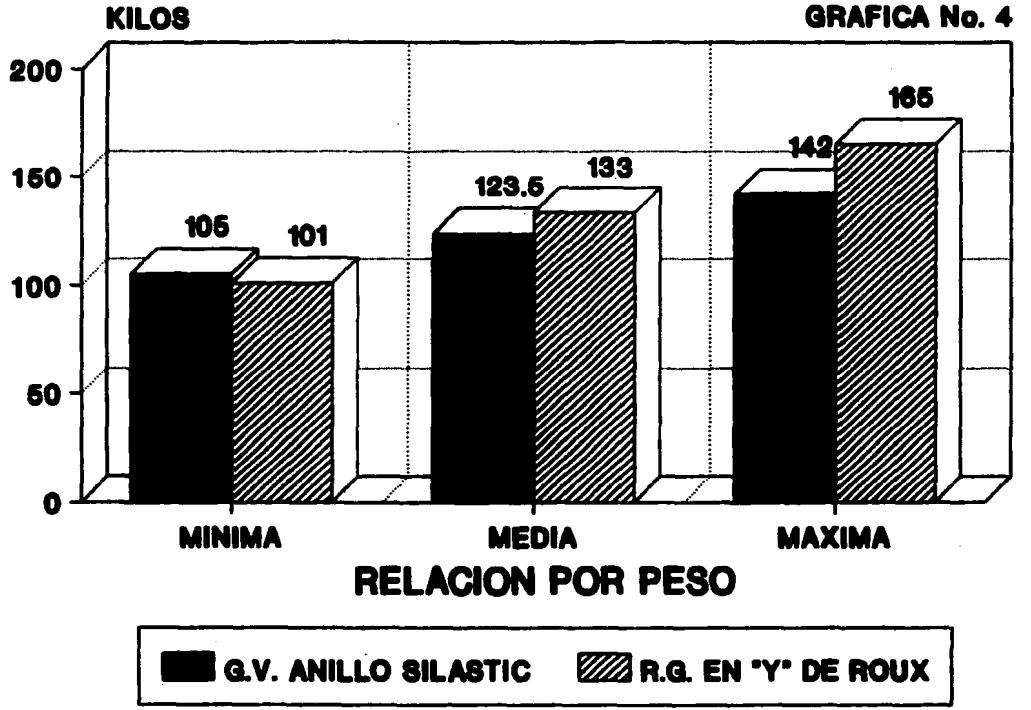
HRLALM CIRUGIA GENERAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD MORBIDA



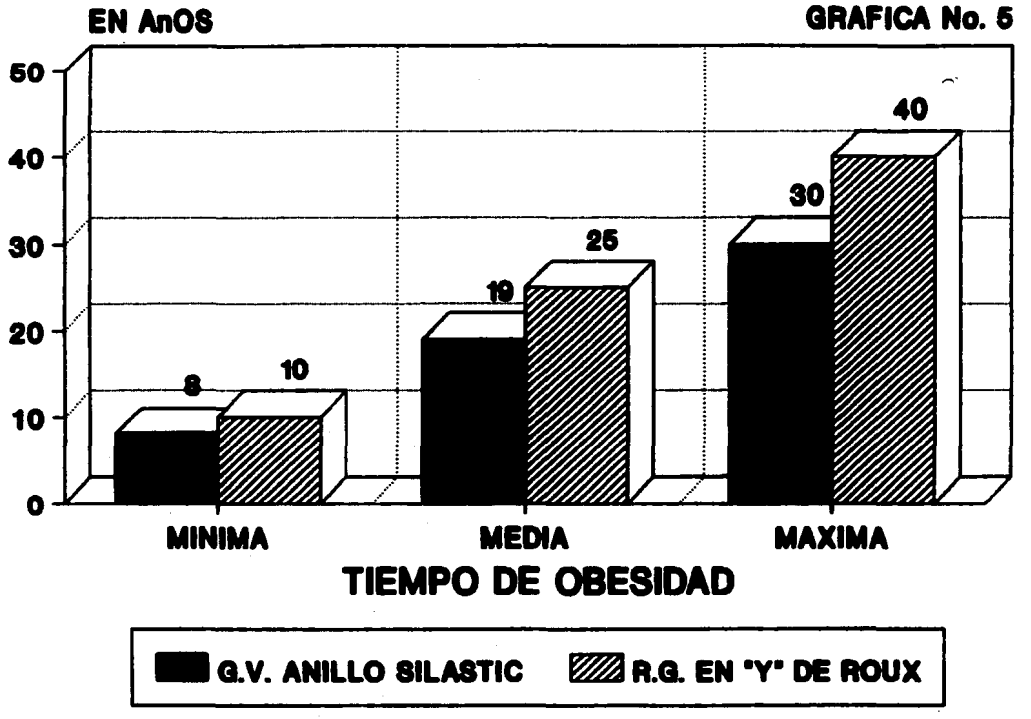
HRLALM CIRUGIA GENERAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD MORBIDA



HRLALM CIRUGIA GENERAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD MORBIDA

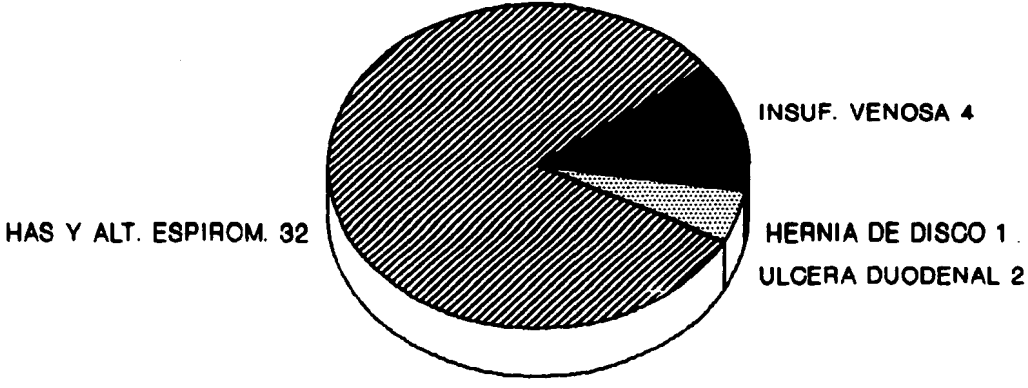


HRLALM CIRUGIA GENERAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD MORBIDA

RESERVORIO GASTRICO EN "Y" DE ROUX

GRAFICA No. 6

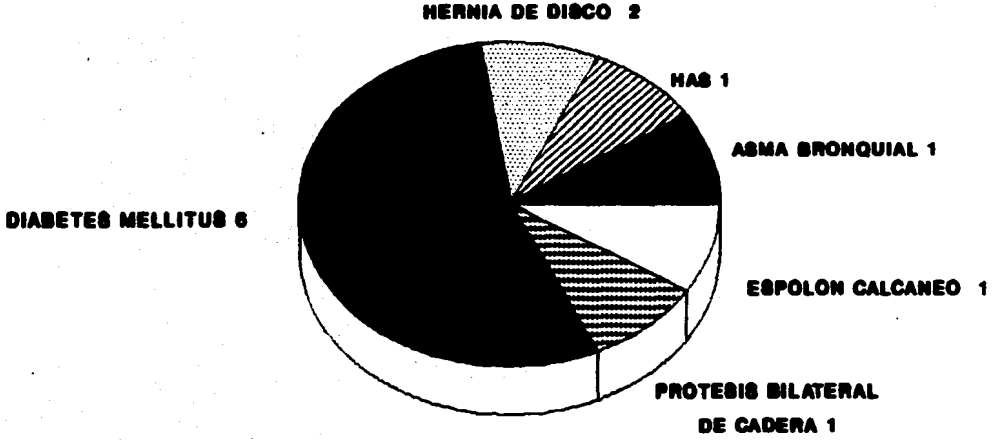


PATOLOGIA AGREGADA

HRLALM CIRUGIA GENERAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD MORBIDA GASTROPLASTIA VERTICAL CON ANILLO DE SILASTIC

GRAFICA No. 7

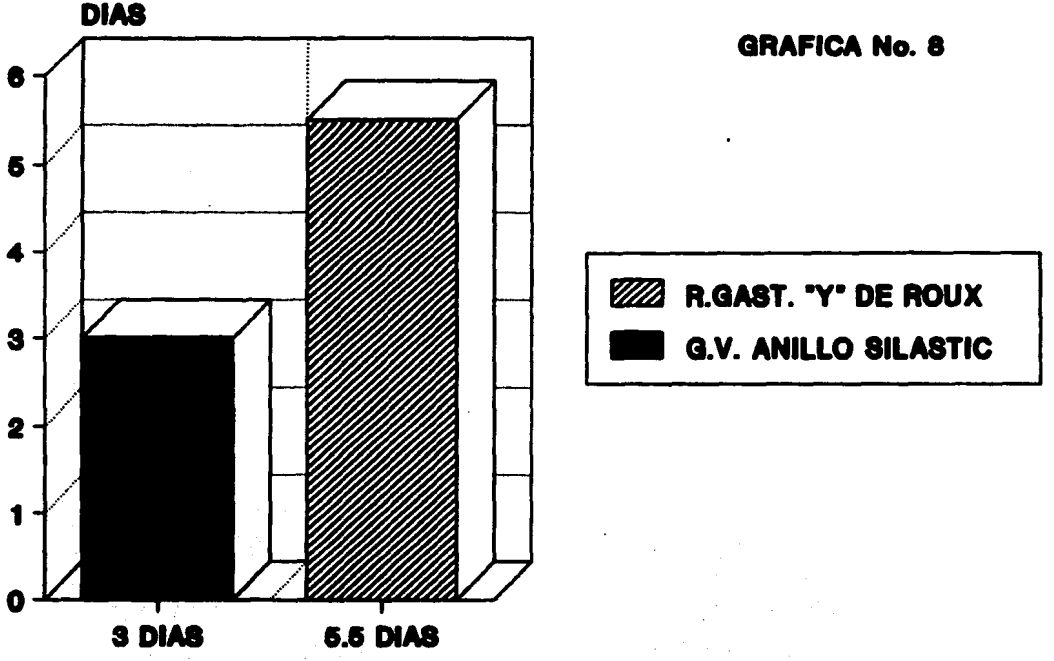


PATOLOGIA AGREGADA

HRLALM CIRUGIA GENERAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD MORBIDA

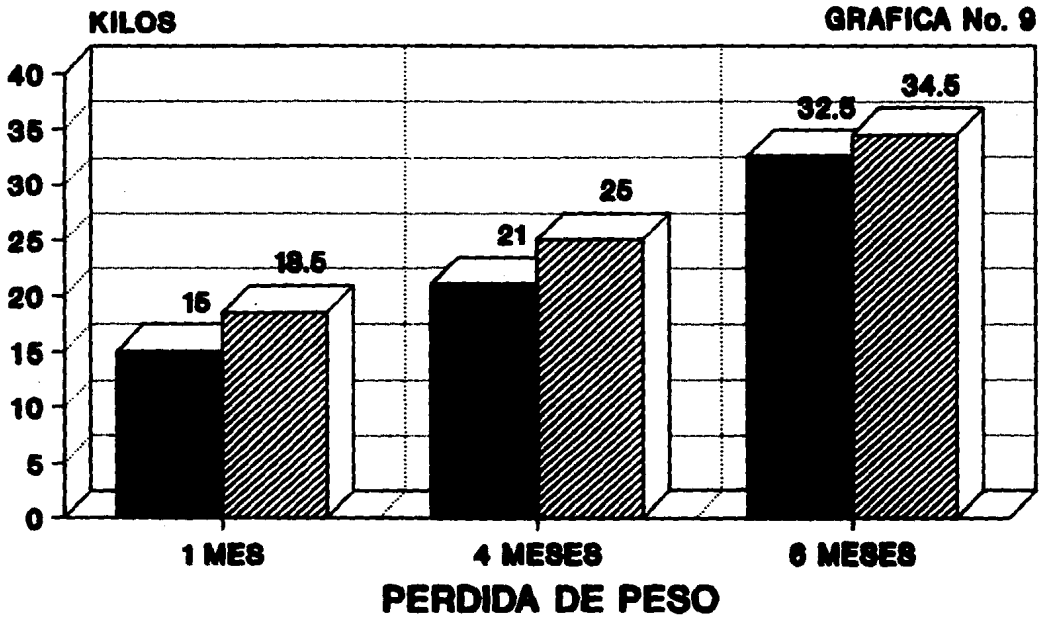
GRAFICA No. 8



TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA

HRLALM CIRUGIA GENERAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD MORBIDA

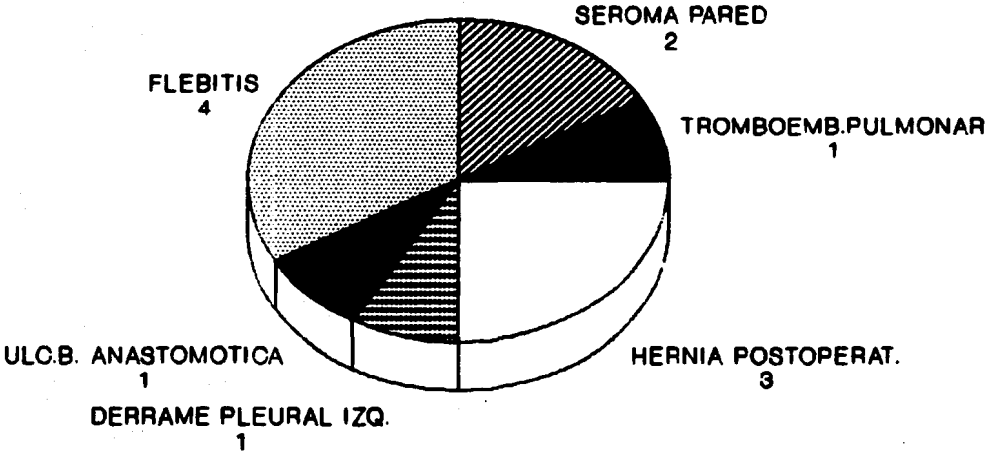


HRLALM CIRUGIA GENERAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD MORBIDA

RESERVORIO GASTRICO EN "Y" DE ROUX 12 PACIENTES

GRAFICA No. 10



COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

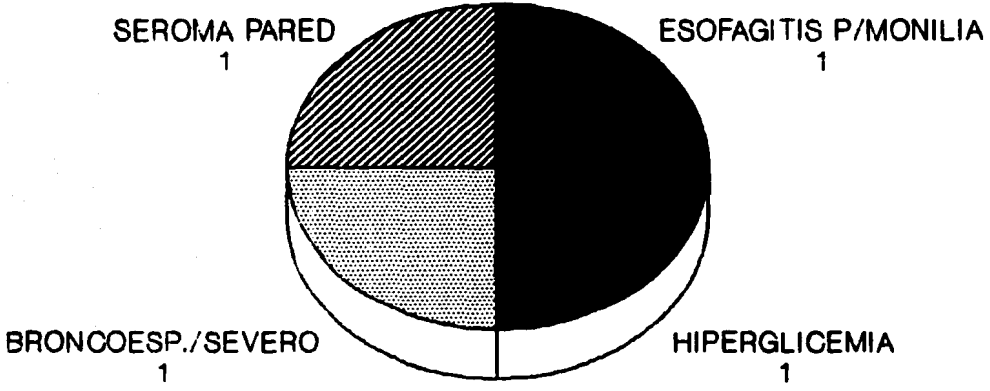
HRLALM CIRUGIA GENERAL

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD MORBIDA

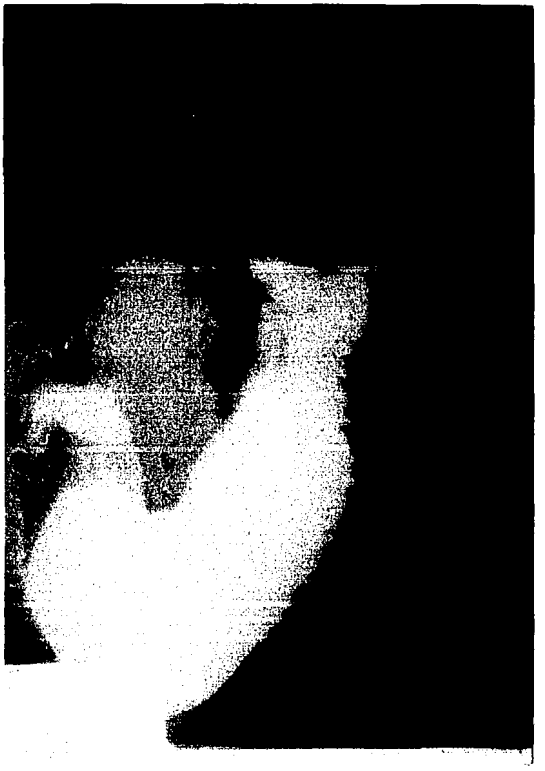
GASTROPLASTIA VERTICAL CON ANILLO DE SILASTIC 4 PACIENTES

GRAFICA No. 11



COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

HRLALM CIRUGIA GENERAL



ESTOMAGO NORMAL

B I B L I O G R A F I A

1.- DAVID MICHEL GRACE.
Gastric Restriction procedures for treating severe obesity.
Am J. Clin. Nutr.: 55; 5568 - 5598. 1992.

2.- FREEMAN AND BURCHETT.
A comparison of gastring bypass and gastroplasty for Morbid Obesity.
Surgery, 88: 433 - 443. 1980.

3.- HALL, O'BRIEN.
Gastric Surgery for Morbid Obesity.
Ann Surgery, 211: 419 - 427. April 1990.

4.- HOEKSTRA, LICAS.
A comparison of the gastric bypass and the gastric wrap for Morbid Obesity.
Surgery Gynecology ans Obstetrics, 176: 264 - 266, March 1993.

5.- LAWS AND PLANTADOSI.
Superior gastric reduction procedure for Morbid Obesity.
An n Surgery 193: 3; 334 - 336. March, 1982.

6.- NIGHTENGALE AT EL.
Prospective evaluation of Vertical Banded Gastroplasty as the primary operation for Morbid Obesity.
Mayo Clin. Proc. 66: 773 - 782, August. 1992.

7.- RANDOLPH. REINHOLD.
Critical analysis of long term weight loss following gastric bypass.
Surgery Gynecology and Obstetrics. 155: 385 - 393, September 1982.

8.- SCHWARTZ, STRODEL ET AL.
Gastric bypass revision.
Surgery 104 - 4: 806 - 810, October 1988.

9.- SUGERMAN ET AL.
Gastric bypass for treating severe obesity.
Am. J., Clin. Nutr. 55: 5608 - 5668, 1992.

10.- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CONSENSUL GASTROINTESTINAL SURGERY FOR SEVERE OBESITY.
Am J. Clin. Nutr. 55: 6155 - 6195, 1992.

11.- EL DOMINIO DE LA CIRUGIA.
Nyhus/baker.
5a. Reimpresión, Tomo I Panamericana, 238 - 251, 1993.

12.- CIRUGIA DEL APARATO DIGESTIVO.
Ziudema, Shackelford.
Tomo II 3a. edición. Panamericana, 238 - 251, 1993.

13.- CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMERICA.
Cirugía Gástrica Vol. 2: 467 - 478, 1992.

14.- OPERACIONES ABDOMINALES.
Maingot, Schwartz, Ellis.
Tomo I 8a. edición, Panameircana: 981 - 1002, 1989.