



O-264 - ¿ES LA GASTRECTOMÍA VERTICAL UNA OPCIÓN EFICAZ EN LA SUPEROBESIDAD?

Arteaga Ledesma, María; Mogollón González, Mónica; Triguero Cabrera, Jennifer; Acosta Gallardo, Carmen; Fernández Segovia, Elena; Mohamed Chairi, Mohamed Hassin; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: La superobesidad (IMC $\geq 50 \text{ kg/m}^2$) supone un gran reto para el cirujano bariátrico debido a la elevada comorbilidad de los pacientes relacionada con el aumento de peso y la complejidad en el manejo quirúrgico. El papel de la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) en el algoritmo terapéutico de este tipo de pacientes sigue siendo controvertida principalmente en relación a la resolución de comorbilidades y pérdida ponderal a largo plazo. En este estudio evaluamos los resultados de la GVL como procedimiento único en pacientes superobesos en base a los indicadores de calidad propuestos por las diferentes sociedades científicas.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluye pacientes sometidos a GVL entre febrero 2013-febrero 2019. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, morbilidad, resolución de comorbilidades y seguimiento ponderal. Se establecieron dos grupos en función del índice de masa corporal (IMC) inicial: 50 kg/m^2 , considerando el procedimiento como óptimo al conseguir un porcentaje de peso total perdido (PPTP) $\geq 30\%$ al primer año de la cirugía. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. En el estudio estadístico se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 125 pacientes con una mediana de seguimiento de 20,5 (12-36) meses. Las diversas variables analizadas estratificadas según el IMC inicial vienen expresadas en la tabla. A nivel global se registraron un 0,8% de reintervenciones. No hubo mortalidad en nuestra serie. El motivo principal para realizar cirugía de revisión (2%/año) fue la aparición de reflujo gastroesofágico. Al final del seguimiento, el 68,5% de los pacientes con superobesidad mantuvieron el objetivo de pérdida ponderal siendo superior al porcentaje de los pacientes con IMC 50 kg/m^2 (56,3%).

IMC

Variables

p

50 kg/m^2 (n = 71) $\geq 50 \text{ kg/m}^2$ (n = 54)

Edad ≥ 50 años	27 (38%)	17 (31,5%)	0,285
Sexo			
Femenino	50 (70,4%)	31 (57,4%)	0,094
Masculino	21 (29,6%)	23 (42,6%)	
ASA			
I-II	31 (43,7%)	10 (18,5%)	0,003
III-IV	40 (56,3%)	44 (81,5%)	
HTA	33 (46,5%)	28 (51,9%)	0,339
DM2	17 (23,9%)	18 (33,3%)	0,169
Dislipidemia	22 (31%)	21 (38,9%)	0,232
SAOS	32 (45,1%)	35 (64,8%)	0,028
Tiempo quirúrgico (minutos)	100 (80-120)	90 (80-140)	0,589
Estancia hospitalaria (días)	3 (2-4,25)	3 (3-4)	0,834
Balón intragástrico (BIG)	7 (9,9%)	18 (33,3%)	0,001
Complicaciones (sangrado, fuga)	2 (2,8%)	3 (5,6%)	0,372
Reflujo postoperatorio	23 (32,4%)	15 (27,8%)	0,361
Resolución			
HTA	17 (54,8%)	14 (56%)	0,573

DM2	10 (66,7%)	10 (52,6%)	0,319
SAOS	17 (70,8%)	20 (62,5%)	0,359
PPTP ? 30%			
1 ^{er} año	41 (65,1%)	33 (66%)	0,540
2 ^º año	27 (60%)	25 (80,6%)	0,048
3 ^{er} año	13 (48,1%)	15 (62,5%)	0,228
Cirugía revisional (bypass gástrico)	7 (9,9%)	3 (5,6%)	0,297

Conclusiones: En nuestra serie, la GVL consigue unos resultados en remisión y mejora de SAOS y pérdida ponderal en pacientes con IMC $\geq 50 \text{ kg/m}^2$ acordes con los estándares de calidad establecidos, siendo incluso superior al grupo con IMC 50 kg/m^2 en el PPTP al 1^º, 2^º y 3^º año de la cirugía.