



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-285 - PÉRDIDA PONDERAL TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL: ¿ES POSIBLE PREDECIR LOS RESULTADOS?

Moya Ramírez, Miguel Ángel; Mogollón González, Mónica; Triguero Cabrera, Jennifer; Fernández Segovia, Elena; Arteaga Ledesma, María; Acosta Gallardo, Carmen; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar los factores pre, intra y postoperatorios relacionados con una pérdida de peso insuficiente tras gastrectomía vertical laparoscópica (GVL).

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluye pacientes sometidos a GVL entre febrero 2013-febrero 2019. Se recogieron datos antropométricos, demográficos, técnica quirúrgica, morbilidad postoperatoria, evolución de comorbilidades y seguimiento ponderal. Se excluyeron pacientes con 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 106 pacientes con una mediana de IMC de 49,9 (44,9-55,6)  $\text{kg/m}^2$  con un 45,3% de superobesos (IMC  $\geq 50 \text{ kg/m}^2$ ). Las variables estadísticamente asociadas con el fracaso en la pérdida ponderal vienen expresadas en la tabla. En el segundo año se asociaron con peores resultados: la HTA ( $p < 0,023$ ), la DM2 ( $p < 0,040$ ) y el tiempo quirúrgico prolongado ( $p < 0,042$ ); mientras que al tercer año tan solo la HTA y la DM2 se asociaron con el fracaso en la pérdida ponderal ( $p < 0,004$  y  $p < 0,022$ , respectivamente). El 66% de los pacientes perdieron  $\geq 30\%$  del peso total en el primer año, siendo el PPTP al año de 33,7 (27,5-39,7)%; a los dos años de 37,4 (29-41,8)% y a los tres años de 30 (26,2-37,5)%. Al final del seguimiento, el 62,6% de los pacientes mantuvieron el objetivo de pérdida de peso. Respecto a los pacientes superobesos, el 66,7% consiguieron el objetivo ponderal al año ( $p < 0,033$ ) alcanzando el 82,8% a los dos años ( $p < 0,015$ ) de seguimiento.

Variables	PPTP 1º año		p
	30% (n = 36)	$\geq 30\%$ (n = 70)	
Edad $> 50$ años	18 (50%)	18 (25,7%)	0,012

Sexo			
Femenino	20 (55,6%)	46 (65,7%)	0,208
Masculino	16 (44,4%)	24 (34,3%)	
HTA			
HTA	23 (63,9%)	26 (37,1%)	0,008
DM2			
DM2	15 (41,7%)	13 (18,6%)	0,011
SAOS			
SAOS	23 (63,9%)	34 (48,6%)	0,098
Artropatía			
Artropatía	17 (47,2%)	16 (22,9%)	0,010
Esteatosis hepática			
Esteatosis hepática	25 (78,1%)	40 (61,5%)	0,078
Obesidad			
Androide			
Androide	29 (81,5%)	43 (61%)	0,020
Ginecoide			
Ginecoide	7 (18,5%)	27 (39%)	
Distancia píloro > 5 cm			
Distancia píloro > 5 cm	28 (77,8%)	36 (51,4%)	0,007
Tiempo quirúrgico (minutos)			
Tiempo quirúrgico (minutos)	120 (90-160)	90 (80-120)	0,016
Complicaciones postoperatorias			
Complicaciones postoperatorias	3 (10,7%)	3 (5%)	0,285
Disfagia postoperatoria			
Disfagia postoperatoria	6 (20,7%)	3 (4,9%)	0,029
Resolución			
HTA			
HTA	10 (45,5%)	15 (65,2%)	0,151
DM2			
DM2	6 (46,2%)	9 (64,3%)	0,288

SAOS	9 (52,9%)	26 (81,3%)	0,041
------	-----------	------------	-------

**Conclusiones:** La GVL es una técnica que asocia una pérdida de peso satisfactoria a medio plazo. Mientras que la resolución del SAOS y la superobesidad favorecieron un porcentaje significativamente mayor de éxitos; algunas variables como la edad > 50 años, HTA, DM2, artropatía, obesidad androide, distancia al píloro del primer grapado > 5 cm, tiempo quirúrgico prolongado y la disfagia postoperatoria pueden aumentar el riesgo de fracaso ponderal y la necesidad de realizar un segundo tiempo quirúrgico.