



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) kg/m² con un 45,3% de superobesos (IMC ≥ 50 kg/m²). 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 ≥ 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.

PPTP 1º año

| Variables | | p |
|----------------|--------------|----------------|
| | 30% (n = 36) | ≥ 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 23 (63,9%) 26 (37,1%) 0,008

DM2 15 (41,7%) 13 (18,6%) 0,011

SAOS 23 (63,9%) 34 (48,6%) 0,098

Artropatía 17 (47,2%) 16 (22,9%) 0,010

Esteatosis hepática 25 (78,1%) 40 (61,5%) 0,078

Obesidad

Androide 29 (81,5%) 43 (61%) 0,020

Ginecoide 7 (18,5%) 27 (39%)

Distancia píloro > 5 cm 28 (77,8%) 36 (51,4%) 0,007

Tiempo quirúrgico (minutos) 120 (90-160) 90 (80-120) 0,016

Complicaciones postoperatorias 3 (10,7%) 3 (5%) 0,285

Disfagia postoperatoria 6 (20,7%) 3 (4,9%) 0,029

Resolución

HTA 10 (45,5%) 15 (65,2%) 0,151

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.