



P-053 - ¿ASA BILIOPANCREÁTICA LARGA O CORTA?: RESULTADOS COMPARATIVOS CLÍNICOS Y PONDERALES EN *BYPASS* GÁSTRICO POR OBESIDAD EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Sánchez Rodríguez, María; de Juan Rodríguez, Teresa; Mascaró, Joaquín; de Tomás Palacios, Jorge; Gómez Lanz, Laura; Sanz Muñoz, Paloma; Tudela Lerma, María

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: El *bypass* gástrico con reconstrucción en Y de Roux (BGYR) representa una de las técnicas quirúrgicas más frecuentes para tratar la obesidad. Es una técnica restrictiva y malabsortiva, cuyos resultados vienen condicionados por la longitud de sus diferentes asas (alimentaria – AA, biliopancreática – ABP y común), debiendo encontrar un equilibrio que permita la mayor pérdida de peso y mejora del riesgo metabólico con el menor riesgo nutricional. Sin embargo, los datos existentes en la literatura son heterogéneos y no existe consenso sobre la longitud ideal de cada una.

Objetivos: Principalmente, comparar el% de exceso de pérdida de peso (%EPP) y de peso perdido total (%PPT) a los 6 y 12 meses de BGYR con ABP larga (150 cm) y AA 100 cm frente a ABP corta (80 cm) y AA 180 cm, en nuestro centro; secundariamente, comparar la morbilidad asociada, estancia hospitalaria y mejora en los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) al año de la intervención.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico de la cohorte de pacientes intervenidos de BGYR por obesidad en la Unidad de Cirugía Esofagogástrica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, entre enero 2021-mayo 2024. Se registraron datos demográficos, clínicos, relativos a la técnica quirúrgica, morbilidad posoperatoria y del seguimiento a 6 y 12 meses. Para su análisis la muestra se dividió en dos grupos: BGYR con ABP corta (grupo ABPC); y pacientes con ABP larga (grupo ABPL). Se realizaron análisis comparativos de los resultados entre ambos grupos mediante análisis univariante. Se utilizó SPSS25, considerando $p < 0,05$ como nivel de significación estadística.

Resultados: 100 pacientes fueron incluidos; 72% mujeres vs. 28% hombres, con una mediana de edad de 51,0 (44,0,57,0) años; IMC preoperatorio de 44,9 (40,4,48,9) Kg/m²; valoración ASA III-IV del 72%; 100% intervenidos por abordaje mínimamente invasivo, con tasa de conversión del 1%. Con una mediana de seguimiento de 38,7 (26,1, 48,6) meses, la tasa de reintervención fue del 3%, sin *exitus*. Comparando ABPL (29 pacientes) vs. ABPC (71 pacientes): no se encontraron diferencias en datos demográficos ni clínicos, con excepción de un mayor número de abordajes robóticos en ABPL (37,9 vs. 18,3%, $p = 0,037$). No se encontraron diferencias significativas en tasa de complicaciones intra/posoperatorias (31,0/6,9 vs. 26,8/4,2%, $p = 0,666/0,626$) ni de estancia hospitalaria 2 (2,0,2,0) vs. 2 (2,0,3,0) días ($p = 0,252$). En cuanto a los resultados referentes a la pérdida de peso solo se encontraron diferencias significativas en el %EPP al año de la intervención, mayor en ABPL (0,81 (0,66-0,91) vs. 0,73 (0,62-0,83), $p = 0,028$); el %PPT al año también fue mayor en ABPL 0,37 (0,28-0,42) vs. 0,31 (0,26-0,36) en ABPC, pero sin diferencias significativas ($p =$

0,186). En cuanto a la mejora en los FRCV al año de la intervención no se observaron diferencias significativas; se observó una mayor tasa de mejoría de hipertensión arterial 85,0% en ABPL vs. 68,3% en ABPC, pero no alcanzó la significación estadística ($p = 0,164$).

Conclusiones: En nuestra muestra, la técnica de BGYR con ABPL demostró una mejora significativa en el % EPP al año de la intervención, sin un aumento de la morbilidad posoperatoria.