El **Dr. Pablo Priego** ha defendido su tesis doctoral titulada *“Cambios en la densidad mineral ósea a corto y medio plazo tras gastrectomía vertical”,* desarrollada en el Departamento de Patología y Cirugía de la Universidad Miguel Hernández de Elche, habiendo obteniendo la calificación de sobresaliente CUM LAUDE.

La tesis doctoral ha sido dirigida por los doctores D. Jaime Ruiz-Tovar Polo, D. Rafael Calpena Rico y D. José Luis Salvador Sanchís.

Actualmente, se considera que la cirugía constituye el tratamiento más efectivo frente a la obesidad mórbida (OM), no sólo porque consigue una pérdida de peso sustancial y mantenida en el tiempo, sino porque también contribuye a una mejoría de las comorbilidades, expectativas y calidad de vida de estos pacientes.

Sin embargo, la cirugía puede contribuir a la aparición de complicaciones metabólicas severas, sobre todo en relación a deficiencias nutricionales y alteraciones en el metabolismo óseo.

Numerosos estudios, la mayor parte relacionados con técnicas mixtas y malabsortivas como el bypass gástrico en Y de Roux (BGYR), y la derivación biliopancreática (DBP), han mostrado un descenso en la densidad mineral ósea (DMO) en los pacientes sometidos a este tipos de intervenciones.

La gastrectomía vertical (GV), que inicialmente fue descrita como un primer paso de procedimientos más complejos como el cruce duodenal (CD), en pacientes de muy alto riesgo quirúrgico y con un índice de masa corporal (IMC) superior a 50 kg/m2, ha mostrado unos resultados aceptables a corto y medio plazo en cuanto a pérdida de peso y disminución de comorbilidades, sin que en muchas ocasiones fuera necesaria una cirugía adicional o complementaria, y con una baja tasa de complicaciones.

Dado que la GV, es una técnica restrictiva que no implica cambios en la anatomía gastrointestinal, se podrían esperar un menor número de complicaciones metabólicas y de alteraciones en el metabolismo óseo en los pacientes obesos sometidos a este procedimiento.



**Gastrectomía vertical.**

El objetivo del trabajo fue evaluar la densidad mineral ósea (DMO) de los pacientes obesos de forma preoperatoria, así como sus modificaciones al año y a los 2 años tras la intervención quirúrgica. En segundo lugar, correlacionar los cambios de la DMO con las modificaciones relativas a la pérdida de peso secundaria a la intervención, y por último, comparar los cambios de la DMO con los parámetros analíticos nutricionales y relacionados con el metabolismo del calcio.

Para ello se realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de obesidad mórbida y sometidos a una gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) como tratamiento para la obesidad mórbida en el Hospital General Universitario de Elche durante el período comprendido entre Febrero 2008 y Enero 2012.

En nuestra serie de 44 pacientes a los que hemos efectuado una GV, el IMC medio preoperatorio fue de 48,59 Kg/m2, descendiendo a 27,48 Kg/m2 tras una mediana de seguimiento postoperatorio de 33 meses. El porcentaje de porcentaje de peso perdido (PEP) fue cercano al 80% al primer año de la intervención, aumentando al 82% a los 2 años.

Los datos obtenidos en nuestra serie son excelentes, acercándose a los mejores resultados obtenidos en la literatura tras GV. Por eso, y en nuestra opinión, pensamos que la GV constituye una magnífica técnica bariátrica para conseguir una adecuada pérdida de peso (por lo menos a corto-medio plazo). Sin embargo, con la evidencia científica actual, no consideramos que esta técnica deba ser utilizada en todos los pacientes de forma rutinaria. De hecho, creemos que debería hacerse en casos seleccionados. Nuestros pacientes son evaluados y estudiados por la Unidad Multidisciplinar de Obesidad Mórbida del Hospital General Universitario de Elche, y si el paciente no cumple con los criterios establecidos, es derivado a otro centro de referencia en cirugía bariátrica para que se le efectúe un procedimiento quirúrgico mixto (BGYR).

Así, pensamos que el grupo ideal de pacientes en el cual indicar esta técnica quirúrgica son los pacientes grandes comedores, excluyendo a los picoteadores, y a aquellos caracterizados por la ingesta de alimentos hipercalóricos, como dulces o refrescos, ya que en estos últimos seguramente la técnica fracasaría.

Probablemente esta selección tan estricta de los pacientes, junto con el estrecho manejo nutricional postoperatorio son las razones de la obtención de estos excelentes resultados. En este punto, creemos importante señalar, que independientemente del tipo de técnica que empleemos, debemos hacer comprender a los pacientes que la cirugía no es la solución final de su problema, y que es imprescindible que éstos cambien la mentalidad, aprendan nuevos hábitos alimentarios y modifiquen su estilo de vida. Así, es obligatorio que los pacientes lleven una dieta sana y equilibrada y que realicen ejercicio físico de forma regular, evitando el sedentarismo. En caso contrario, y si este pilar tan importante falla, no sólo no se podrán conseguir pérdidas de peso mantenidas a lo largo del tiempo, sino que el paciente experimentará reganancias en su peso que conducirán al fracaso de la técnica.

Por último, y en relación a los cambios en la DMO tras la cirugía, nuestro trabajo es el tercer estudio que existe en la literatura que analiza los cambios densitométricos acaecidos tras la realización de una GV en pacientes obesos mórbidos, y además, el que aporta un mayor número de pacientes.

Al contrario que ocurre en estos estudios, en nuestro trabajo sobre un total de 44 pacientes a los cuales se ha efectuado una GVL, no sólo no vamos a observar un descenso de la DMO tras la cirugía bariátrica, sino que se va a producir una elevación tanto de la DMO, como del *t-score* y del *z-score* a los dos años de la intervención quirúrgica, siendo el aumento de la DMO al primer año de la intervención de 5,1%, y al segundo año postoperatorio del 7,6%.

La calidad del trabajo le ha valido su publicación en la prestigiosa revista **Obesity Surgery** bajo el título *“Short- and Mid-term Changes in Bone Mineral Density after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy.”* (Obes Surg 2013; 23(7):861-866)*.*