



## 364 - ABORDAJE DE LA OBESIDAD POSTRASPLANTE RENAL: ¿CIRUGÍA BARIÁTRICA CONTRAINDICADA O NO CONTEMPLADA?

B. Romano-Andrioni<sup>1</sup>, D. Ayala<sup>1</sup>, A. Pané<sup>1,4</sup>, A. Molina<sup>2</sup>, D. Rodríguez<sup>2</sup>, J.J. Broseta<sup>2</sup>, A. Jiménez<sup>1,4,5</sup>, J. Vidal<sup>1,3,5</sup>, L. Flores<sup>1,3,5</sup> y A. de Hollanda<sup>1,4,5</sup>

<sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona. <sup>2</sup>Nefrología y Trasplante Renal, Hospital Clínic de Barcelona. <sup>3</sup>ISCIII, Madrid, CIBERDEM. <sup>4</sup>ISCIII, CIBEROBN, Madrid. <sup>5</sup>Barcelona, IDIBAPS.

### Resumen

**Introducción:** El uso de la cirugía bariátrica (CB) en los pacientes que desarrollan grados graves de obesidad tras recibir un trasplante renal (TR) resulta limitada, aun habiendo demostrado su seguridad. Nos proponemos evaluar: 1) el manejo de la obesidad grave post-TR y, 2) identificar las causas que podrían motivar una escasa derivación a CB.

**Métodos:** Estudio retrospectivo en adultos (18 a 65 años) que hubieran recibido un primer TR entre 2005-2018. Se recogieron por 5 años: peso, talla, porcentaje de ganancia ponderal (%Gp = [peso final-peso TR]/peso TR × 100) y estado del injerto/receptor en la última visita. Se evaluó el número de pacientes tributarios a CB en base a criterios clásicos y el abordaje terapéutico propuesto.

**Resultados:** Se incluyeron 713 pacientes: edad  $47,0 \pm 11,5$  años, 38,9% mujeres e IMC al TR  $24,7 \pm 4,3$  Kg/m<sup>2</sup>. El %GP en el primer año fue del  $5,1 \pm 10,4\%$ , sin diferencias entre aquellos que presentaban o no obesidad al TR, que siempre recibían consejo dietético por parte de una dietista-nutricionista (DN) con rol avanzado en IRC/TR. Cumplieron criterios para CB en algún punto del seguimiento 76 sujetos (15/76, ya al TR). Solo 16/74 (2 fallecieron peri-TR) se remitieron a la unidad integral de atención a la obesidad (tiempo hasta derivación  $5,4 \pm 3,2$  años): 4/16 recibieron medidas higiénico-dietéticas; 2/16 agonistas de GLP-1 y 10/16 se plantearon para CB, siendo 4 intervenidos. Un paciente se excluyó por riesgo quirúrgico, 2 abandonaron el seguimiento, 2 asociaban trastornos de la conducta alimentaria y 1 paciente rechazó. En el último seguimiento ( $10,2 \pm 3,8$  años del TR): 9/76 pacientes habrían perdido el injerto y 14/76, fallecido.

**Conclusiones:** Las guías de práctica clínica recogen la CB como una técnica segura y eficaz pos-TR, pero nuestros datos apuntan a un uso todavía muy escaso en este contexto. Se requiere un esfuerzo multidisciplinar a fin de promover un abordaje integral y precoz de la obesidad en el TR, incluyendo la participación activa de una DN de rol avanzado.