



P-482 - ¿CÓMO INFLUYE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA EN LA RELACIÓN OBESIDAD-ERGE?

Domínguez Sánchez, Cristina; Pérez Huertas, Rosario; Cano Matías, Auxiliadora; Macías Díaz, Petra; Jiménez Ramos, Carmen; Oliva Mompean, Fernando; Domínguez-Adame Lanuza, Eduardo

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: El reflujo gastro-esofágico (RGE) es uno de los síntomas más frecuentes asociados a la obesidad. Parece existir un consenso en cuanto al tratamiento mediante bypass gástrico en Y de Roux de los pacientes obesos con RGE que asocien necesidad de antiácidos de forma habitual, esófago de Barret o una hernia de hiato superior a 3 cm, por la capacidad potencial de la gastrectomía vertical de facilitar el RGE posquirúrgico.

Objetivos: Evaluar la presencia de RGE clínico o silente de forma previa, y a los 6 meses y 2 años tras gastrectomía vertical laparoscópica (GVL).

Métodos: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Incluimos 67 pacientes intervenidos mediante GVL entre enero de 2012 y diciembre de 2014, para alcanzar un seguimiento mínimo de 24 meses de todos los pacientes. Todos fueron evaluados por el Comité Multidisciplinar de Cirugía Esófago-gástrica y Metabólica de nuestro hospital, y todos ellos superaron el protocolo. Se revisaron datos demográficos, características clínicas, pruebas preoperatorias, procedimiento quirúrgico, curso post-operatorio y un seguimiento post-operatorio.

Resultados: Obtuvimos una muestra total 67 pacientes (46 mujeres y 21 hombres), 8 (12%) tenían un reflujo clínico preoperatorio y 59 (88%) no tenían signos ni síntomas de RGE previos a la cirugía. Tras la pérdida ponderal a los 6 y los 12 meses, el reflujo se redujo del 12% al 5%. En el grupo sin clínica preoperatoria de RGE 8 pacientes desarrollaron reflujo *de novo* (13,5%), siendo necesario en 2 de ellos una nueva cirugía: un cierre de pilares laparoscópico y una gastrectomía. De igual forma, fue necesaria una revisión del hiato en 2 pacientes por persistencia de RGE tras cirugía (25%): un cierre de pilares laparoscópico y una conversión a bypass gástrico por vía laparoscópica. Al 25% de los pacientes con RGE antes de la cirugía se les indicó una GVL con cierre de pilares en el mismo acto quirúrgico, con excelente resultados.

Conclusiones: La alta prevalencia de RGE pre y postoperatoria pone de manifiesto la importancia de la selección de los pacientes. Aunque a día de hoy el bypass gástrico laparoscópico es considerada la técnica ideal para el tratamiento de la obesidad en pacientes con reflujo, la gastrectomía vertical con cierre de pilares es una técnica segura y factible que parece ofrecer buenos resultados. Son necesarios estudios prospectivos y a largo plazo para mayor evidencia.