



P-500 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO SEVERO DE NOVO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR

Rodríguez, Eduardo Alberto; Ortiz, Sergio; Estrada, José Luis; Sevilla, Silvia; Campo, Carlos Felipe; Lluís, Félix

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La gastrectomía vertical tubular (GVT) por vía laparoscópica, es uno de los procedimientos de cirugía bariátrica más empleados a nivel mundial, pero presenta complicaciones a largo plazo a tener en cuenta. Una de ellas es el Reflujo gastroesofágico (RGE), que tiene una incidencia de hasta el 36% al primer año postquirúrgico, y que repercute de forma considerable en la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. En menos de 3% de ellos el RGE es refractario a tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBPs) y precisa alternativas quirúrgicas para su resolución.

Objetivos: Describir los casos de RGE refractario a tratamiento médico tras GVT por vía laparoscópica en nuestro centro, el manejo quirúrgico que se llevó a cabo y los resultados obtenidos.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes intervenidos de GVT vía laparoscópica por obesidad en nuestro centro, desde el año 2007 al 2018. Se analizaron las variables sexo, edad, IMC previo a la cirugía, IMC posquirúrgico, clínica de RGE asociada, pruebas complementarias, tiempo hasta la segunda intervención, características específicas del segundo procedimiento, IMC posterior, y se evaluó la resolución de los síntomas.

Resultados: De un total de 294 pacientes intervenidos con GVT, 3 (1%) precisaron cirugía de revisión por RGE severo. Eran mujeres de 59, 25 y 55 años, con IMC iniciales de 42, 55 y 43, respectivamente, que disminuyeron a 30, 24 y 29 tras GVT. Todas ellas presentaron RGE grave *de novo* refractario a tratamiento con esomeprazol a altas dosis. Las gastroscopias del preoperatorio no presentaban hallazgos patológicos salvo una paciente que presentaba *H. pylori* positivo con confirmación de erradicación posterior. Y las gastroscopias realizadas tras el inicio de los síntomas fueron normales o pusieron de manifiesto erosiones lineales en unión gastroesofágica y pequeñas hernias de hiato por deslizamiento. En un caso, la pHmetría realizada mostró reflujo severo. Se reintervinieron a los 72, 6 y 51 meses, respectivamente, de la primera intervención por obesidad mórbida. El procedimiento quirúrgico de revisión empleado fue el bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux por vía laparoscópica, y anastomosis gastroyeyunal antecólica con endograpadora EEA transoral de 21 mm. Tras esta segunda cirugía, los IMC disminuyeron a 26, 22 y 26, respectivamente, y se resolvieron por completo los síntomas de RGE.

Conclusiones: Según nuestra limitada experiencia, y de acuerdo a la bibliografía consultada, se

puede considerar la reconversión a bypass gástrico por vía laparoscópica como un procedimiento adecuado para conseguir la resolución de la clínica asociada a RGE grave *de novo* tras una intervención de GVT por obesidad mórbida.