



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-453 - ¿DEBEMOS REALIZAR DE FORMA SISTEMÁTICA UNA ENDOSCOPIA PREOPERATORIA EN LA CIRUGÍA BARIÁTRICA?

Rodríguez Cañete, Alberto; Fernández Galeano, Pablo; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Fernández Aguilar, Jose Luis; Montiel Casado, María Custodia; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es analizar la eficiencia de la endoscopia digestiva alta preoperatoria en la indicación de la técnica quirúrgica bariátrica.

Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva un total de 164 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en un Hospital de tercer nivel entre enero de 2016 y diciembre de 2019, a los cuales se les realizó de forma sistemática un EDA preoperatoria. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, IMC), sintomatología preoperatoria, hallazgos endoscópicos y repercusión en indicación quirúrgica. Para la recogida y análisis de datos se empleó la herramienta SPSS 15.0.

Resultados: La edad media de nuestros pacientes fue de 46 años con un rango de 25 a 64 años. Se intervinieron un total de 111 mujeres (67,7%) y 53 hombres (32,3%). El IMC medio fue de 49,4 Kg/m² con un rango de 35 a 70 Kg/m². En cuanto a la sintomatología preoperatoria; 27 pacientes presentaban algún síntoma (16,5%). 22 pacientes presentaban clínica de pirosis (13,4%), 14 pacientes síntomas compatibles con regurgitación (8,5%) y 8 pacientes clínica de dispepsia (4,8%). Se indicaron, de forma previa a la realización de EDA, 129 GV (78,6%) y 35 BGY (21,3%). La EDA fue normal en el 45,2% de los casos (74 pacientes) y patológica en el 54,8% (90 pacientes). La presencia de síntomas preoperatorios no mostró una asociación estadísticamente significativa con hallazgos patológicos en la EDA. El hallazgo más frecuente fue la presencia de gastritis, presente en 43 pacientes (26%). Se evidenció una hernia de hiato en 16 pacientes (9,7%), un esófago de Barrett en 7 (4,2%), úlcera en 10 (6%), *Helicobacter pylori* en 17 (10,3%), metaplasia en 7 (4,2%) y pólipos en 17 pacientes (10,3%). Por último, se encontraron hallazgos compatibles con esofagitis en 22 pacientes (13,4%), de los cuales 6 tenían clínica de pirosis, 5 de dispepsia y 2 de regurgitación. Estos hallazgos condujeron a un cambio en la indicación de la técnica previamente establecida en 6 casos (3,6%). Se cambió la indicación de GV a BGY en 5 casos y de BGY a GV en 1 caso, realizándose finalmente un total de 125 GV (76,2%) y 39 BGY (23,7%). Con respecto al cambio de indicación de GV a BGY se realizó debido a la presencia de esofagitis en 3 pacientes, en 1 caso por la presencia de metaplasia y en otro caso por hernia de hiato gigante. De estos 5 pacientes, 3 no habían referido síntomas en la evaluación preoperatoria. En el caso de cambio de indicación de BGY a GV se llevó a cabo tras evidenciar la presencia de una úlcera duodenal en un paciente asintomático. Pese a la falta de correlación entre los síntomas y los hallazgos endoscópicos patológicos, el porcentaje de pacientes en los que se indicó un cambio de técnica fue mayor en pacientes sintomáticos (7,4%) que

en aquellos asintomáticos (2,9%).

Conclusiones: Dados los resultados descritos, no encontramos justificación para la realización de EDA preoperatoria de forma sistemática, recomendando su realización en casos seleccionados.