



P-081 - RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE CONVERSIÓN A *BYPASS* GÁSTRICO EN Y DE ROUX EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO ESOFAGOGÁSTRICO

Sendino Cañizares, Patricia; Villalabeitia Ateca, Ibabe; Mifsut Porcel, Patricia; Álvarez Abad, Irene; Alonso Calderón, Eva; Rodeño Esteban, Iratxe; Kataryniuk di Constanzo, Yanina; Guerra Lerma, Mikel

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL), junto con el *bypass* gástrico en Y de Roux, es una de las técnicas más realizadas actualmente, dado que tiene buenos resultados en relación a la pérdida de peso y mejoría de las comorbilidades de los pacientes. Sin embargo, se ha relacionado, en comparación con otras técnicas, con mayor incidencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), pudiendo ser indicación de cirugía de conversión en ciertos pacientes.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es valorar los resultados de la cirugía de revisión en el control de síntomas por reflujo y de manera secundaria valorar las complicaciones de la misma.

Métodos: Presentamos un estudio retrospectivo observacional en el que presentamos los resultados de la cirugía de revisión debido a ERGE en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica previamente.

Resultados: Entre enero de 2020 y diciembre de 2023 se intervinieron en nuestro hospital 11 pacientes, previamente intervenidos de cirugía bariátrica, por clínica de reflujo esofagogástrico. El 73% de las pacientes eran mujeres, con una edad media de 48 años y un IMC inicial medio de 45. En 9 casos tenían realizada una gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) como técnica bariátrica y en 2 casos un *bypass* gástrico monoanastomótico (OAGB), realizado en otro centro. Todos los pacientes, previamente a la primera cirugía se encontraban asintomáticos y tenían realizado una gastroscopia y estudio esófago-gastro-duodenal baritado sin hallazgos de datos de esofagitis, ni reflujo, aunque en 3 casos se objetivaba mínima hernia de hiato. En la gastroscopia realizada previa la cirugía de revisión un 72% presentaba datos de esofagitis y un 27% hernia de hiato. Todos los casos fueron intervenidos vía laparoscópica. Se realizó, en el caso de las GVL 7 *bypass* gástrico con anastomosis termino-lateral mecánica con grapadora circular y 2 latero-lateral mecánica. En los pacientes con OAGB se confeccionó *bypass* gástrico, con sección del asa biliopancreática con anastomosis de la misma para la confección de una Y de Roux. La estancia media fue de 6 días (entre 4-9 días). No hubo complicaciones Clavien-Dindo > 2 en los primeros 30 días posoperatorios. Una paciente precisó reingreso en los 90 días posoperatorios por torsión del asa alimenticia que precisó reintervención con buena evolución posterior. El seguimiento posoperatorio medio es de 23 meses (4-46). 9 de los pacientes presentaron una desaparición de los síntomas de reflujo, presentando en la gastroscopia de control posoperatoria desaparición de los datos de esofagitis. Los 2 pacientes con persistencia de síntomas presentan gastroscopia sin datos de esofagitis y tienen un buen manejo clínico con IBP.

Conclusiones: Se calcula una incidencia de reflujo *de novo* tras GV entre 10% y 20%. Según las series entre un 2-12% de pacientes intervenidos de GVL requerirán una segunda intervención por RGE grave. La cirugía indicada en estos casos es la realización de *bypass* gástrico en Y de Roux, asociando reparación del hiato en los casos necesarios, siendo una técnica eficaz en el control de la ERGE con morbilidad aceptable.