



P-154 - EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS DE FRACASO TRAS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ANTIRREFLUJO: EL GRAN PROBLEMA DE LA RECURRENCIA

Triguero Cabrera, Jennifer; Mogollón González, Mónica; Montes Osuna, María del Carmen; Espadas Padial, Benjamina; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar el riesgo de recidiva del reflujo gastroesofágico (RGE) tras cirugía antirreflujo laparoscópica (CAL); y evaluar los principales factores de riesgo para su aparición.

Métodos: Estudio retrospectivo y unicéntrico sobre una cohorte de pacientes sometidos a CAL primaria por RGE refractario a tratamiento médico, o hernia de hiato (HH) sintomática, entre enero de 2014 y diciembre de 2017. La recurrencia del RGE se definió por la necesidad de retomar los inhibidores de la bomba de protones (IBPs) durante más de 6 meses o indicación de cirugía de revisión. El seguimiento mínimo fue de 18 meses. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas se definieron por su mediana y rango intercuartílico. Se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: 136 pacientes fueron incluidos en el estudio: 69 hombres (50,7%) y 67 mujeres (49,3%) con una mediana de edad e IMC de 54 (43-62) años y 27,6 (25-31) Kg/m² respectivamente. 124 pacientes (91,2%) tomaban IBP preoperatoriamente; 25 presentaban esofagitis grado A-B según la clasificación de los Ángeles, 8 grado C-D y 5 esófago de Barrett. La manometría mostró alteraciones en 42 pacientes (31,6%) y la pHmetría reflujo grave en 27 casos (19,9%). 115 pacientes (84,6%) asociaban HH tipo I; 6 tipo II; 5 tipo III y 1 paciente tipo IV. Ningún paciente fue diagnosticado de esófago corto. Todos los pacientes fueron sometidos a cardioplastia y funduplicatura de Nissen con sección de vasos cortos mediante abordaje laparoscópico por el mismo grupo de cirujanos. La estancia hospitalaria mediana fue de 3 (2-4) días. En 29 pacientes (21,3%) se constató recidiva herniaria, siendo precoz (< 1 año) en 15 casos (51,7%). La mediana de tiempo hasta la recidiva fue de 5 meses (2,2-15,5). En el 67,9% de los casos los pacientes presentaban clínica compatible y recidiva radiológica. 18 pacientes (64,3%) reiniciaron tratamiento postoperatorio con IBPs y 8 pacientes (27,6%) precisaron nueva intervención quirúrgica: 7 fueron sometidos a nueva técnica antirreflujo con colocación de malla hiatal y 1 a *bypass* gástrico. Las variables analizadas para el estudio de los factores de riesgo vienen expresadas en la tabla.

Variables	Recidiva		p
	Sí (n = 29)	No (n = 107)	

Edad	59 (53,5-64)	53 (43-61)	0,012
EDA			
Normal	9 (31,1%)	41 (38,3%)	
Saco herniario pequeño	7 (17,2%)	31 (28,9%)	0,011
Saco herniario mediano	5 (10,3%)	10 (9,3%)	
Gran saco herniario	8 (27,6%)	3 (2,8%)	
Clasificación de Los Ángeles			
Normal	23 (79,3%)	53 (49,5%)	
Grado A-B	0	25 (23,4%)	0,007
Grado C-D	1 (3,4%)	7 (6,5%)	
Barrett	0	5 (4,7%)	
Manometría			
Normal	22 (75,8%)	87 (81,3%)	
EEI hipertónico	4 (13,8%)	3 (2,8%)	0,048
Ondas terciarias cuerpo esofágico	1 (3,4%)	8 (7,5%)	

Conclusiones: La recurrencia del RGE tras CAL es el principal problema al que ha de enfrentarse el cirujano esofagogástrico actual. Pese a que nuestra tasa de recurrencia es elevada, la necesidad de cirugía de revisión es baja. Una mayor edad, sacos herniarios más grandes y alteraciones en la gastroscopia y manometría preoperatoria se identifican como potenciales factores de riesgo de recidiva. Serán necesarios estudios a largo plazo para afianzar nuestros resultados.