



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-109 - GASTRECTOMÍA VERTICAL: ¿DEBEMOS LIMITARLA?

Luna Aufroy, Alexis; Rebas Cladera, Pere; Montmany Vioque, Sandra; García Nalda, Albert; Brullet Benedi, Enric; Puig Diví, Valentí; Caixàs Pedragós, Assumpta; Navarro Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: Evaluar la prevalencia de esofagitis y EB en los pacientes operados de GV por obesidad mórbida en nuestro centro tras más de 4 años de la cirugía.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional unicéntrico, analizando datos procedentes de base de datos prospectiva. Se incluyen los pacientes intervenidos de GV en nuestro centro con más de 4 años de seguimiento, entre diciembre de 2007 y octubre de 2014, excluyendo los que se han reconvertido a otra técnica. A todos los pacientes se les había realizado gastroscopia preoperatoria. Se había contraindicado la GV ante la presencia de hernia de hiato, esofagitis, EB o síntomas de RGE. En la revisión, los pacientes respondieron al cuestionario GERD-Q, a una escala EVA sobre la intensidad de la pirosis y se registró la dosis total diaria de IBP. Se realizó gastroscopia de control a todos los pacientes que la aceptaron, evaluando la presencia de esofagitis erosiva, esófago de Barrett y la presencia de hernia de hiato.

Resultados: Entre diciembre de 2007 y octubre de 2014 se operaron 55 pacientes de SG, y que tienen más de 4 años de seguimiento. Se incluyeron en el estudio los 34 pacientes que acudieron al control. Según el cuestionario GERD-Q, 23 de los 34 pacientes (67,7%) presentaban puntuaciones superiores a 8, altamente sugestivas de ERGE. Según la intensidad de la pirosis en una escala EVA, solo 4 pacientes puntuaron 0. De entre los que puntuaron la pirosis en la escala EVA, la media fue 4,7 (DE 3,1). 26 pacientes (76,5%) tomaban IBP. En la FGS de control se hallaron 14 (41,2%) pacientes con esofagitis, 6 (17,6%) pacientes con hernia de hiato (solo uno de éstos sin esofagitis), un esófago de Barrett con displasia grave (2,9%) y 14 normales (41,2%). Cuando correlacionamos la puntuación de la intensidad de la pirosis en la escala EVA con los hallazgos endoscópicos en la FGS de control, destaca que puntuaciones mayores (5,0) se asocian con normalidad endoscópica mientras las esofagitis puntúan 3,2.

Conclusiones: La elevada tasa de esofagitis y la presencia de un caso de esófago de Barrett con displasia grave, nos hacen replantear nuestra estrategia terapéutica en los pacientes obesos mórbidos. Consideramos que con nuestros resultados la GV no debe seguir siendo una indicación habitual en nuestro centro. Dadas las limitaciones de nuestro estudio y la escasa literatura asociada al EB tras GV, consideramos imprescindible realizar un estudio de cohortes multicéntrico con gran volumen de pacientes para poder analizar su incidencia real, así como estudiar las opciones de tratamiento en caso de diagnóstico de EB *de novo* tras GV.