



VC-006 - CIRUGÍA DE REVISIÓN: *SLEEVE* A *BYPASS* POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y DILATACIÓN DE LA MANGA GÁSTRICA

Julià Verdaguer, Elisabet; Ballester Vázquez, Eulàlia; Norte García, Andrea; Homs Samsó, Roger; Moral Duarte, Antonio; Fernández Ananín, Sonia

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: El *sleeve* gástrico es la técnica de cirugía bariátrica que más se ha popularizado en el mundo en las últimas décadas, por su menor dificultad técnica y óptimos resultados. Sin embargo, una de las mayores preocupaciones en torno a ella es su presumible condición “reflujogénica”, no del todo tipificada. La tubulización gástrica, la resección completa del fundus y la disección de las fibras de la unión esofagogástrica que comprometen la eficiencia del esfínter esofágico inferior podrían incrementar la exposición del ácido al esófago. Otros factores que podrían estar vinculados con síntomas del reflujo son los relacionados con complicaciones posoperatorias como la estenosis o torsión de la tubular. En pacientes que el RGE no se controla con tratamiento médico, se tiene que plantear una cirugía de revisión, siendo el *bypass* gástrico la técnica de elección, con mejoría del RGE en un 80% de los pacientes.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 54 años intervenida en 2017 de un *sleeve* gástrico laparoscópico. La paciente inicialmente presentaba un IMC 39,4, se le realizó estudio preoperatorio con fibrogastroscoopia (FGS) y tránsito esofagogástrico (TEGD) siendo normales. La paciente presenta una correcta pérdida ponderal al año de la cirugía con un IMC 23, pero refiere el inicio de sintomatología pirosis y epigastralgia. Se inicia tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP), con mejoría inicial. Se solicita TEGD que no muestra anomalías. Por estar la paciente en un estudio se le realiza un TC abdominal con volumetría del remanente gástrico, presentando un volumen de 143 cc y una morfología ligeramente angulada a nivel de la incisura. La paciente presenta posteriormente nueva sintomatología de RGE a pesar del tratamiento optimizado con IBP. Se realiza FGS donde no se evidencia esofagitis, hernia de hiato ni estenosis, TEGD con reflujo gastroesofágico pero con buen paso de contraste a duodeno, sin estenosis. La pHmetría objetiva leve RGE en decúbito, la manometría que presenta tendencia a la hipomotilidad esofágica con aclaramiento esofágico incompleto y la gammagrafía de vaciamiento gástrico sin alteraciones. Se comenta en comité y se decide conversión a *bypass* gástrico. Se repite estudio preoperatorio con FGS y TEGD, evidenciando balonización de la manga gástrica y ligera estenosis de la incisura angularis. La paciente es intervenida realizándole un *bypass* gástrico, transcurriendo la cirugía y el posoperatorio sin incidencias, siendo dada de alta a las 48h de la cirugía, tolerando dieta líquida, con el dolor controlado con analgesia convencional y sin clínica de RGE.

Discusión: El mal control del RGE es una de las indicaciones de revisión en el *sleeve* gástrico. Se

han descrito dos clases de factores como responsables principales de la aparición de RGE tras la realización de un *sleeve* gástrico: aquellos derivados de las modificaciones anatómicas ocasionadas por la técnica quirúrgica y los que obedecen a complicaciones mecánicas secundarias a una morfología aberrante. La cirugía de revisión se debe realizar en centros con alto volumen y experiencia en cirugía bariátrica.