



www.elsevier.es/cirugia

O-253 - ULCERA DE BOCA ANASTOMÓTICA TRAS BY-PASS GÁSTRICO POR OBESIDAD MÓRBIDA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UNA SERIE DE 169 PACIENTES

M. Socas, J. Reguera, G. Jiménez, I. Alarcón, M. Rubio, F.J. Padillo, A. Barranco y S. Morales-Conde

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El bypass gástrico es el gold standard en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. La úlcera de boca anastomótica (UBA) es una complicación cuya incidencia varía según las diversas series entre el 0,6 hasta el 25%. Recientes estudios han planteado que la utilización de materiales de sutura irreabsorbibles, el hábito tabáquico, el consumo de AINEs y la infección por *Helicobacter pylori* pueden estar implicados en su etiopatogenia. Este estudio busca relacionar la incidencia de úlcera marginal en nuestra serie de pacientes intervenidos de bypass gástrico con los factores de riesgo más aceptados en la bibliografía actual.

Métodos: Estudio prospectivo no aleatorizado en el que se recogen datos referentes a 169 pacientes sometidos a bypass gástrico. Se recaban IMC en el momento de la cirugía, sexo, tipo de sutura gastro-yeunal, hábito tabáquico preoperatorio, hábito tabáquico postoperatorio, consumo de AINEs y consumo de IBPs, así como presencia de signos, síntomas o evidencia endoscópica de úlcera marginal. Sobre dichos datos se ha realizado análisis estadístico descriptivo y analítico.

Resultados: La incidencia de úlcera de boca anastomótica en nuestra serie fue del 8%. La persistencia del hábito tabáquico tras la cirugía se dio en el 13% de los pacientes, mostrando una relación estadísticamente significativa con la aparición de úlcera de boca anastomótica ($p = 0,002$). En el análisis preliminar de nuestra serie el tipo de material de sutura en la elaboración de la anastomosis (reabsorbible vs irreabsorbible) y el hábito tabáquico antes de la cirugía no mostraron relación con la incidencia de UBA en nuestra serie.

Conclusiones: La fisiopatología de la UBA tras el bypass gástrico en cirugía de la obesidad mórbida no está clara todavía, teniendo un probable origen multifactorial en el que el tabaquismo, el consumo de AINEs y la utilización de materiales de sutura irreabsorbibles en la elaboración de la anastomosis G-Y son los factores de riesgo que parecen estar más implicados. Son necesarios más estudios prospectivos que aclaren dicha etiopatogenia, pero no obstante es especialmente importante insistir en las recomendaciones de cese del hábito tabáquico en este tipo de pacientes.