



O-287 - REFLUJO GASTROESOFÁGICO "DE NOVO" TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA: ¿PODEMOS PREDECIR SU APARICIÓN?

Fernández Segovia, Elena; Triguero Cabrera, Jennifer; Mogollón González, Mónica; Palomo López, Irina; Moya Ramírez, Miguel Ángel; Arteaga Ledesma, María; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es una técnica bariátrica muy utilizada, con una relación no bien definida con el reflujo gastroesofágico (RGE). Por ello, evaluaremos la relación entre GVL y RGE postoperatorio “de novo” con el objetivo de estudiar su incidencia en nuestra muestra, y los factores relacionados con su aparición.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico, sobre una cohorte de pacientes sometidos a GVL entre febrero de 2013 y febrero de 2019. Se excluyeron pacientes con clínica de reflujo preoperatoria. El seguimiento mínimo fue de 1 año. Se recogieron variables demográficas, clínicas, quirúrgicas, y postoperatorias. El estudio pre y postoperatorio se realizó a través de una historia clínica detallada que recogía síntomas específicos y necesidad de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP), tránsito esófago-gástrico baritado (TEGB) y gastroscopia. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes; las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. Se realizó un análisis bivariante para estudio de factores relacionados con la aparición de RGE postoperatorio “de novo” mediante el test t de Student o Mann-Whitney para variables cuantitativas, y test chi cuadrado o exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo un valor de p 0,05. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS 20.0 (SPSS, Armonk NY).

Resultados: 114 pacientes sometidos a GVL conformaron el grupo de estudio tras aplicar los criterios de exclusión, con una mediana de seguimiento de 20,5 meses (14-36). La tabla muestra la progresión del reflujo tras GVL. 35 pacientes (30,7%) desarrollaron reflujo “de novo”, con un tiempo mediano de aparición de 8,5 (3,5-15) meses.

		Serie global (n = 114)	RGE + (n = 35)	RGE- (n = 79)	p
Factores clínicos.	Edad	44 (± 10)	46 (± 8)	43 (± 11)	0,188
Caracterización reflujo preoperatorio	IMC.				0,504

35-39,9	6 (5,3)	3 (8,6)	3 (3,8)		
40-49,9	60 (52,6)	19 (54,3)	41 (51,9)		
> 50	48 (42,1)	13 (37,1)	35 (44,3)		
SAOS con CPAP	54 (47,4)	13 (37,1)	41 (51,9)	0,065	
Esteatohepatitis no alcohólica	11 (9,6)	1 (2,9)	10 (12,7)	0,062	
Balón intragástrico	24 (21,1)	11 (31,4)	13 (16,5)	0,049	
Hernia hiatal (gastroscopia)	13 (11,6)	7 (20,0)	6 (7,8)	0,064	
Hernia hiatal (TEGB)	13 (28,9)	4 (30,8)	9 (28,1)	0,564	
Factores intraoperatorios	Hernia hiato + hiatoplastia	5 (4,4)	2 (5,7)	3 (3,8)	0,488
	Distancia píloro > 4 cm	76 (66,7)	24 (71,4)	51 (65,6)	0,473
Factores postoperatorios	Colecistectomía postoperatoria	8 (8,1)	0	8 (11,3)	0,062
	Peso 1 ^{er} año postoperatorio (kg)	92 (\pm 18)	86 (\pm 18)	95 (\pm 18)	0,031

Conclusiones: Nuestra tasa de RGE postoperatorio “de novo” fue del 30,7%. Tan solo el uso del balón intragástrico para optimización del peso preoperatorio en pacientes con obesidad extrema, se ha identificado como factor de riesgo preoperatorio para el desarrollo de RGE “de novo” tras GVL. La visualización de hernia hiatal en la endoscopia preoperatoria puede ayudar a predecir su aparición. No obstante, la agrupación de diversos factores parece clave para predecir su desarrollo. El diagnóstico preoperatorio de SAOS y de esteatohepatitis no alcohólica, así como la realización de colecistectomía tras GVL se postularon como posibles factores protectores para dicha patología. El peso al año de la cirugía, se relacionó de forma estadísticamente significativa e inversamente proporcional con el riesgo de RGE “de novo”, pudiendo concluir que dicho reflujo no está relacionado con pesos más elevados tras la cirugía.