



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-006 - INFLUENCIA DEL TAMAÑO DEL TUBO GÁSTRICO SOBRE EL VACIAMIENTO GÁSTRICO Y EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO TRAS GASTRECTOMÍA TUBULAR. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO

Ballester Vázquez, Eulalia; Gonzalo Prats, Berta; Fernández-Ananín, Sonia; Codina Espitia, Claudia; Pareja Nieto, Elena; Basterra Rincón, Alberto; Sala Vilaplana, Laia; Balagué Ponz, Carmen

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: La gastrectomía tubular ha adquirido gran popularidad como técnica única en el tratamiento de la obesidad mórbida. Los aspectos técnicos de este procedimiento han sido establecidos mayoritariamente de forma empírica sin disponer de una técnica estandarizada. El objetivo de nuestro estudio es analizar la influencia del tamaño antral y del diámetro de la tubuladura sobre el vaciamiento gástrico (VG) y el reflujo gastroesofágico (RGE).

Métodos: Se diseñó un estudio prospectivo aleatorizado (NCT02144545) para analizar el efecto de dos factores: El diámetro de la tubuladura (33 vs. 42Fr) y la distancia entre el píloro y el inicio de la sección gástrica (2 vs. 5 cm). Los pacientes diagnosticados de obesidad mórbida con criterios quirúrgicos y indicación de *sleeve* gástrico fueron aleatorizados en 4 grupos: 1 (33 fr + 2 cm), 2 (33 fr + 5 cm), 3 (42 fr + 2 cm) y 4 (42 fr + 5 cm). Se realizaron estudios de gammagrafía de vaciamiento gástrico (%VG), pHmetrías y tránsitos esofagogástricos de forma preoperatoria, a los 2 meses y al año de la cirugía. Se registró el porcentaje de pérdida de exceso de peso (%EWL) en primer y segundo año posoperatorios.

Resultados: Se incluyeron 74 pacientes. El 75,8% mujeres. La edad media fue de 49,7 años. El IMC medio preoperatorio fue de 42 Kg/m². La media preoperatoria del %VG fue de 57% ± 27 en el grupo de 2 cm y 56% ± 23 en el grupo de 5 cm ($p > 0,05$). A los dos meses tras la cirugía la media de %VG fue de 70% ± 17 en el grupo de 2 cm y de 66% ± 17 en el grupo de 5 cm ($p > 0,05$). Al año de la cirugía fue de 65% ± 22 y de 67% ± 17 en el grupo de 2 cm y 5 cm respectivamente ($p > 0,05$). Se observó una aceleración en el vaciamiento gástrico que solamente fue estadísticamente significativa en el grupo de 2 cm los primeros 2 meses. Esta aceleración al año pierde significación estadística sin observar diferencias entre los dos grupos. Se consideró RGE patológico cuando el pH del canal distal esofágico se encuentra más del 4% del día en pH 4. A los dos años de la cirugía un 68% de los pacientes presentaban reflujo patológico. El factor que más influyó en la aparición de RGE patológico fue el tamaño de la sonda (42 Fr) de forma significativa ($p 0,011$) con un OR de 6,5. El tamaño antral, IMC, sexo o presencia de hernia de hiato preoperatoria no mostraron significación estadística como factor de riesgo para ERGE.

Conclusiones: Tras la gastrectomía tubular se evidencia una aceleración del vaciamiento gástrico de forma global que es significativa los 2 primeros meses en el grupo sin preservación antral (2 cm). Al año de la cirugía se evidencia una tendencia global al aumento del reflujo en los dos grupos, siendo en el grupo de 42 fr un factor de riesgo que multiplica × 6,5 el riesgo de desarrollar un reflujo gastroesofágico patológico. No

se evidencian diferencias estadísticamente significativas en la %EWL entre los cuatro grupos.