



V-019 - CONVERSIÓN DE SADI-S A *BYPASS* GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Renau González, Paula; Ginot Blanco, Inés; Sobrino Roncero, Lucía; Lazzara, Claudio

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Las técnicas quirúrgicas restrictivas como la gastrectomía vertical (GV), incluyendo el cruce duodenal de una anastomosis (SADI-S), se han asociado con un mayor riesgo de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), ya sea por exacerbación de síntomas previos o por aparición *de novo*. Entre los factores implicados se encuentran la disminución de la presión del esfínter esofágico inferior, el vaciamiento gástrico lento y la presencia o agravamiento de hernia de hiato. Estudios han demostrado una mayor prevalencia de esofagitis erosiva (EE) y esófago de Barrett (EB) en pacientes intervenidos con GV, en comparación con aquellos tratados con *bypass* gástrico en Y de Roux (RYGB), presentan un riesgo significativamente menor de presentar ERGE. Un aspecto relevante en este contexto es el reflujo biliar, común tras procedimientos como SADI-S, que puede imitar clínicamente al reflujo ácido, pero requiere un enfoque diagnóstico y terapéutico distinto. La diferenciación entre ambos es fundamental de cara al tratamiento. El RYGB no solo reduce el reflujo ácido, sino que también bloquea el paso de bilis hacia el esófago. La conversión de SADI-S a RYGB, mediante la reversión de la anastomosis duodeno-ileal, permite recrear un reservorio gástrico pequeño y restablecer una anatomía favorable que contribuye a la resolución del ERGE refractario. Se presenta el caso de un paciente de 58 años con antecedentes de hipertensión arterial y un índice de masa corporal (IMC) máximo de 54 kg/m², intervenido en el 2017 mediante un SADI-S. La evolución ponderal posterior fue satisfactoria, con un IMC actual de 34,8 kg/m². No obstante, el paciente desarrolló clínica de ERGE, refractaria a tratamiento con doble dosis de inhibidores de la bomba de protones. Se completó el estudio diagnóstico con una endoscopia digestiva alta, que evidenció una hernia hiatal de 5 cm y la presencia de esófago de Barrett. La pH-metría esofágica arrojó una puntuación de DeMeester de 75,3, compatible con reflujo ácido patológico, mientras que el tránsito esofagogástrico no mostró alteraciones en la morfología de la plastia gástrica. Con base en estos hallazgos, y tras su valoración en un comité multidisciplinar, se decidió realizar la conversión de SADI-S a RYGB con cruroplastia asociada. El procedimiento incluyó la disección cuidadosa del hiato esofágico, la resección del saco herniario y la cruroplastia. Posteriormente, se confeccionó el RYGB, con cierta complejidad debido a las adherencias retrogástricas secundarias a la cirugía previa. El posoperatorio transcurrió sin incidencias, y el paciente fue dado de alta a las 48 horas de la intervención. En conclusión, aunque el SADI-S ofrece una mayor eficacia en la pérdida de peso y en la resolución de comorbilidades metabólicas en comparación con la GV o el RYGB, su impacto sobre la fisiología esofagogástrica puede ser desfavorable. Es fundamental realizar una evaluación preoperatoria exhaustiva, que permita identificar adecuadamente la presencia y el tipo de reflujo para orientar el tratamiento de forma precisa. En aquellos casos en los que persisten

síntomas de reflujo severo tras la cirugía, a pesar de un manejo médico optimizado, la conversión quirúrgica debe considerarse una opción terapéutica efectiva y resolutive.