



O-228 - EVALUACIÓN DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN GASTRECTOMÍA VERTICAL, CRUCE DUODENAL Y SADI-S EN PACIENTES CON EXPLORACIÓN INTRAOPERATORIA DEL HIATO

Elvira López, Jordi; García Ruiz de Gordejuela, Amador; Campillo Alonso, Beatriz; López Domínguez, Josefina; Pujol Gebelli, Jordi

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Objetivos: El reflujo gastroesofágico, la hernia de hiato y la esofagitis son unas de las principales contraindicaciones relativas o absolutas de la gastrectomía vertical (GV) y por ende del cruce duodenal (DS) y SADI-S. El mecanismo causante de aparición *de novo* es multifactorial, pero principalmente relacionado con la creación de un sistema de alta presión que es la tubulización gástrica. Ciertos trabajos refieren que la exploración sistemática y reparación del hiato en pacientes sin esofagitis, con o sin hernia de hiato, puede prevenir la aparición de reflujo *de novo*.

Métodos: Se han analizado de forma retrospectiva los casos de GV, DS y SADIS intervenidos desde 2004 a 2015. El estudio preoperatorio con endoscopia y tránsito se realizó de forma selectiva y en función de la sintomatología. En todos los pacientes se exploró la unión esófago-gástrica y se reparó el hiato realizándose anatomización y cruroplastia cuando se encontró hernia de hiato. En el postoperatorio se ha realizado nuevamente fibrogastroscopia y tránsito si aparecía clínica de reflujo. Se ha evaluado la presencia de clínica de reflujo en el postoperatorio y los resultados de las exploraciones complementarias realizadas.

Resultados: En total se han evaluado 300 pacientes. La mediana de seguimiento es de 4 años tras la cirugía. 199 son mujeres con una edad media de 46 años. El IMC en el momento de la cirugía es de $51,12 \text{ kg/m}^2$. 30 pacientes presentan sintomatología de reflujo en algún momento del seguimiento, 23 tras GV y 7 tras DS-SADI-S. Todos los pacientes fueron evaluados con fibrogastroscopia y tránsito digestivo alto. En el grupo de la GV 6 pacientes no presentaron alteraciones anatómicas, en 10 se objetivó hernia de hiato, en 3 esofagitis moderada o grave y en 4 esofagitis moderada o grave asociada a hernia de hiato. 5 pacientes han sido ya reintervenidos y otros 2 están en lista de espera actualmente. Todos los pacientes reintervenidos fueron los que presentaban esofagitis, convirtiéndose a bypass gástrico. En el grupo DS-SADI-S, 6 de los 7 pacientes presentaron reflujo *de novo*, aquéllos con reflujo preoperatorio que se había realizado cruroplastia permanecen asintomáticos. Los casos con reflujo preoperatorio que se realizó cruroplastia permanecen asintomáticos. En todos estos casos de aparición *de novo* se ha observado estenosis a nivel de la incisura *angularis* o torsión de la plastia gástrica. Los pacientes con hernia de hiato sin esofagitis se siguen con observación y reevaluación anuales.

Conclusiones: En nuestra serie, los casos más graves se han asociado a problemas mecánicos en la plastia gástrica. Tanto el cruce duodenal como el SADI-S no están exentos de la aparición de reflujo *de novo*, pero el porcentaje es pequeño. La cruroplastia puede tener un papel en estos resultados, pero los números son pequeños para extraer conclusiones significativas. Hemos observado que un porcentaje la sintomatología no

se correlaciona con alteración anatómica.