



## O-221 - RESULTADOS PONDERALES Y COMPLICACIONES TRAS CIRUGÍA DE REVISIÓN POSTERIOR A GASTRECTOMÍA VERTICAL

Mans Muntwyler, Esther<sup>1</sup>; Hugué Sánchez, Álex<sup>1</sup>; Pulido Martínez, Laura<sup>1</sup>; Ferreiro, Cristina<sup>1</sup>; Pizarro, Eduarda<sup>1</sup>; Julián, Teresa<sup>1</sup>; Castells, Ignasi<sup>2</sup>; Suñol Sala, Xavier<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Consorci Sanitari del Maresme, Mataró; <sup>2</sup>Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar los resultados de pérdida ponderal y las complicaciones tras la cirugía de conversión de gastrectomía vertical a otro procedimiento bariátrico en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de una base de datos prospectiva desde octubre de 2006 hasta noviembre de 2017. Se incluyen todos los pacientes a los que, tras una gastrectomía vertical inicial, se les realiza un segundo tiempo quirúrgico por pérdida de peso insuficiente o reflujo gastroesofágico. Se recogen variables demográficas y antropomórficas, así como la aparición de complicaciones intra y postoperatorias, reintervenciones y mortalidad.

**Resultados:** Se han evaluado 27 pacientes, de los cuales el 81,5% son mujeres. La edad e IMC basal medios son de  $52,6 \pm 8,7$  años y  $52,2 \pm 7,7$   $\text{Kg}/\text{m}^2$  respectivamente. El tiempo medio entre los 2 tiempos quirúrgicos es de  $3 \pm 1,5$  años (1,4-6,4 años). El IMC medio previo a la 2<sup>a</sup> intervención es de  $39,7 \pm 7,1$   $\text{Kg}/\text{m}^2$  (rango 26,3-53,2). Se han realizado 11 (40,7%) conversiones a bypass gástrico (10 por reflujo gastroesofágico y una por reganancia de peso), 8 (29,6%) conversiones a cruce duodenal y 8 (29,6%) conversiones a SADIS, todas ellas por laparoscopia. Las conversiones a una técnica malabsortiva han sido por pérdida de peso insuficiente. Se han practicado las siguientes cirugías intercurrentes durante el 2º procedimiento: 1 hernioplastia umbilical, 3 colecistectomías, 1 apendicectomía y 2 reducciones de hernia de hiato con cierre de pilares diafragmáticos. Ha habido complicaciones intraoperatorias en 2 pacientes (7,4%): una lesión en esófago distal en paciente portador de Nissen previo y un grapado de la sonda nasogástrica durante un cruce duodenal) que se solventaron en ese mismo momento. Complicaciones postoperatorias inmediatas: coleperitoneo en relación con una colecistectomía, que obligó a reintervenir a la paciente. Complicaciones postoperatorias tardías: eventración trocar (1; 3,7%), resección intestinal segmento corto por oclusión por brida (2; 7,4%), úlcera marginal (1; 3,7%). Un paciente ha fallecido (3,7%) a los 6 meses tras cruce duodenal en contexto de depresión grave con anorexia y malnutrición. En cuanto a la evolución del peso a los 6m, 12m y 2 años tras el segundo tiempo quirúrgico, hemos visto que los pacientes tras bypass gástrico han perdido 7,6 Kg, 6,25 Kg y 4 Kg; tras el SADIS han perdido 17,8 Kg, 17,5 Kg y 17,6 Kg y tras el cruce duodenal han perdido 14,7 Kg, 21 Kg y 23 Kg respectivamente en esos tiempos.

**Conclusiones:** La cirugía de revisión presenta una tasa de complicaciones no menoscupable. La pérdida de peso tras bypass gástrico ha sido menor respecto a las técnicas malabsortivas. La selección y evaluación previa individualizada de los pacientes candidatos a segundo tiempo quirúrgico es básica para optimizar los resultados tanto de pérdida ponderal como de complicaciones postoperatorias.