



P-127 - CIRUGÍA DE REVISIÓN TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL: ANÁLISIS DE RESULTADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Paunero Vázquez, Patricia; Martínez de Aragón Remírez de Esparza, Gabriel Jesús; Sierra Esteban, Valentín; García López de Goicoechea, David; Balluerca Alba, María; Soeda Seminario, Isami Martín; Gómez Egaña, Maider; Campo Cimarras, Eugenia

Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz.

Resumen

Introducción: La gastrectomía vertical (GV) surge inicialmente como el primer tiempo restrictivo del cruce duodenal. Desde el año 2000 se ha convertido en una técnica estandarizada siendo actualmente la más empleada por su menor tiempo quirúrgico, respeto de la continuidad del tubo digestivo y menor malabsorción de oligoelementos y vitaminas. A medida que aumenta el empleo de esta técnica es de esperar que aumenten también sus complicaciones a largo plazo y la necesidad de reintervención. El objetivo de este trabajo es el análisis de la cirugía de revisión en nuestro centro, hospital de tercer nivel con Unidad de Cirugía Bariátrica.

Métodos: Presentamos el análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro. Se han intervenido 985 pacientes desde el año 1998, realizándose la primera GV en el año 2007. Desde entonces se han realizado 346 GV, lo que supone el 35,12% de todas las intervenciones en cirugía de la obesidad. Se han realizado 17 cirugías de revisión tras GV, lo que supone un 4,91%. El 58% de los pacientes son hombres, con edad media de 32,35 años en la cirugía primaria e IMC medio de 48,47. La reganancia ponderal ha sido el motivo de la cirugía de revisión en el 64,7% de los pacientes. La aparición *de novo* de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es la responsable en el 23,52% de los pacientes. Cabe destacar una reintervención debido a fistula cardial y otra secundaria a estenosis de la plastia gástrica. En el 76,47% de los pacientes la técnica quirúrgica de elección es la conversión a *bypass* gástrico con reconstrucción del tránsito en Y de Roux (BPGYR), asociándose cierre de pilares diafragmáticos en un caso. En el 11,76% de los pacientes se realiza una *resleeve*. En el caso de fistula cardial se realiza la resección del trayecto fistuloso. En el seguimiento posoperatorio de los pacientes se ha consolidado la pérdida ponderal de forma global con un IMC medio de 36,25. En los pacientes que asocian ERGE y reganancia ponderal no se ha objetivado progresión a esófago de Barrett tras la cirugía de revisión permaneciendo asintomáticos sin tratamiento con IBP.

Resultados: La cirugía de revisión ha aumentado de forma considerable llegando al 20% en series con seguimiento a 10 años. Entre las causas destacan la pérdida inadecuada de peso o la reganancia ponderal, entendidos como porcentaje de pérdida de exceso de peso inferior al 50% o porcentaje de exceso de IMC perdido inferior al 50%. La cirugía por desarrollo de complicaciones hace referencia a la aparición de ERGE, fistulas o complicaciones mecánicas (hernia de hiato por migración proximal, rotación de la línea de grapado o estenosis). La técnica de elección es la conversión a BPGYR pudiendo asociar medidas antirreflujo como el cierre de pilares diafragmáticos. En caso de dilatación de la plastia gástrica la *resleeve* se postula como una técnica factible.

Conclusiones: Debido a la implementación de la GV como técnica de cirugía bariátrica de elección es de esperar el aumento consecuente de cirugía de revisión con sus características específicas.