

GASTRECTOMÍA TUBULAR Y CLÍNICA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO: NUESTROS RESULTADOS.

OBJETIVO:

La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL), una técnica muy restrictiva, podría ser facilitadora de reflujo gastroesofágico (RGE). Además el RGE es una comorbilidad frecuente en los pacientes con obesidad y podría agravarse por esta técnica.

El objetivo del estudio es evaluar la influencia de la GVL en la aparición o empeoramiento de clínica de RGE en los pacientes operados con esta técnica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio observacional de una serie prospectiva de 153 pacientes intervenidos de GVL, de forma consecutiva y por un mismo equipo quirúrgico y anestésico, con un seguimiento medio de 12 meses.

Se ha realizado evaluación preoperatoria de RGE, mediante encuesta clínica (pirosis, regurgitaciones, tos imitativa y vómitos) y estudio baritado esofago-gástrico. A los pacientes con RGE severo (clínico y/o RGE hasta 1/3 superior del esófago, en el estudio baritado) se les ha indicado Bypass Gástrico Laparoscópico (BGL) y excluido del estudio.

La GVL la realizamos sobre sonda de 32 Fr, desde 4-5 cm del píloro hasta el ángulo de Hiss. Sobrehilado de la línea de sección con monofilamento irreabsorbible. Disección del hiato con evaluación y cierre de pilares si procede.

En 6 pacientes se realizó cierre de pilares, todos presentaban RGE preoperatorio y TEGD con hernia de hiato y reflujo hasta tercio medio del esófago.

Control clínico postoperatorio a los 3, 6 y 12 meses.

RESULTADOS:

De los 153 pacientes estudiados, 56 (36.60%) presentaron clínica de RGE en el preoperatorio y 97 (63.39) no la presentaron. En el grupo con RGE preoperatorio, 47 (83.92%) eran mujeres y 9 hombres, edad media 37.8 años, IMC medio preoperatorio de 43.1 y 34.3, 31.8 y 30.2 a los 3, 6 y 12 meses postoperatorios. El RGE ha persistido en el 9.09% de los casos siendo del 23% a los 3 y del 17.8% a los 6 meses del postoperatorio.

En el grupo sin RGE preoperatorio, 55(35.94%) eran mujeres y 42 hombres, edad media 33.5 años, IMC medio preoperatorio 43.6 y 34.4, 31.2 y 28.7 a los 3, 6 y 12 meses postoperatorios. En este grupo, 14 han presentado RGE en el postoperatorio lo que supone un 14.43% .

En 5 de los 6 pacientes donde se cerraron los pilares diafragmáticos se produjo clara mejoría o curación de los síntomas dentro de los 3 primeros meses postoperatorios y en 1 caso persistía la sintomatología al año.

Los síntomas más prevalentes han sido las regurgitaciones (65%) y la pirosis (50%).

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes obesos con RGE mejoran tras la GVL, haciéndose más evidente a partir del 6ºmes postoperatorio, en probable relación con la pérdida de peso.

La indicación de GVL en pacientes con RGE severo, debe valorarse con reservas y plantear otras opciones terapéuticas como el BPG.

Los pacientes obesos que no presentan RGE preoperatorio tienen incrementado el riesgo de desarrollarlo tras la GVL, aunque también mejora con la pérdida de peso posterior.

La exploración minuciosa del hiato es importante, y el cierre de pilares resulta eficaz en el control de los síntomas postoperatorios.

Sanahuja Santafé A*, Ferrer Valls JV*, Amador Martí L**, Hernando***.

*Cirujano general y digestivo , ** Dietista-Nutricionista, ***Diplomada Enfermería.