



CC-01

COMPLICACIONES EN LA GASTRECTOMÍA VERTICAL: LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

María Afanador Rodríguez¹, Jose Antonio Medina Ortiz¹, María José Matito Diaz¹, Javier Salas Muñoz¹, Jesús Santos Naharro², Concepción López Fernández¹, Antonio Enrique Gómez Martín¹, Luis Munuera Romero¹.

¹Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España; ²Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España.

Objetivos: Destacar la importancia del tratamiento multidisciplinar por grupos especializados en urgencias de cirugía bariátrica.

Material y métodos: Se describe el caso clínico de una gastrectomía vertical en paciente bariátrica con múltiples complicaciones postoperatorias.

Resultados: Caso clínico: mujer de 33 años sin antecedentes de interés e índice de masa corporal (IMC) de 32,4 kg/m² sometida a gastrectomía vertical laparoscópica en hospital comarcal de Extremadura. El postoperatorio inmediato cursa sin incidencias, siendo dada el alta el cuarto día postoperatorio. Tras 12 días acude a urgencias por dolor retroesternal, taquicardia y desaturación. Presenta exploración abdominal normal, aunque en urgencias la paciente entra en estado de shock séptico.

Un TC toracoabdominal evidenció burbujas de aire a nivel mediastínico y adyacentes a la línea de grapas. Se decide realizar una laparoscopia exploradora, donde se disecciona el hiato esofágico hacia mediastino drenando una colección. Se realiza además una endoscopia intraoperatoria, visualizándose una perforación en tercio inferior esofágico que se cierra con un OVESCO, descartando posibles fugas con azul de metileno.

En UCI la paciente evoluciona desfavorablemente, manteniendo fiebre elevada, distrés respiratorio y necesidad de soporte vasoactivo por lo que se realiza un nuevo TC que objetiva colecciones mediastinales, derrame pleural y atelectasias pasivas bilaterales. Dada la situación, se decide traslado a UCI de nuestro hospital para valoración por el equipo de cirugía esofagogástrica.

En nuestro hospital un nuevo TC evidencia la persistencia de las colecciones mediastínicas, y una endoscopia urgente revela ausencia de fugas. Se consensua con cirugía torácica la realización de toracotomía, objetivándose derrame pleural de aspecto turbio-hemático y colecciones mediastínicas purulentas que son drenadas.

Tras 48 horas de estabilización en UCI con discreta mejoría, decidimos realizar laparoscopia preferente donde se objetiva una perforación de un centímetro en ángulo de His con exteriorización del OVESCO y líquido biliopurulento en celda esplénica. Se procede a la retirada del mismo, realización de Friedrich, cierre del defecto y colocación de drenajes. En el mismo acto el servicio de endoscopias lleva a cabo la colocación de una endoprótesis bariátrica autoexpandible (Taewoong). El postoperatorio en UCI es favorable durante 27 días. Se retiran progresivamente los drenajes torácicos y abdominales. En planta y tras reintroducción de tolerancia oral, la prótesis es retirada a las 4 semanas sin incidencias y la paciente es dada de alta a los 48 días desde el traslado a nuestro hospital. Seguimiento en consultas externas sin incidencias.

Conclusiones: La cirugía bariátrica ha demostrado ser segura y eficaz para el tratamiento de la obesidad, aunque no está exenta de complicaciones, en ocasiones mortales. Es fundamental su realización en centros de referencia con equipos multidisciplinarios para resolver las complicaciones de forma precoz y segura.

La fístula a nivel del ángulo de His es la complicación más frecuente de la gastrectomía vertical, y debe ser sospechada y descartada ante una mala evolución postoperatoria.

La sospecha clínica, diagnóstico y tratamiento precoz condicionan la morbimortalidad. El drenaje de colecciones abdominales y/o mediastínicas, uso de endoprótesis y soporte en UCI son la base del tratamiento multidisciplinar.

CC-02

PERITONITIS AGUDA SECUNDARIA A PERFORACIÓN DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL POST-CIRUGÍA BARIÁTRICA REALIZADA EN CENTRO EXTRANJERO

Nicolak Bernardo Lobo Flores, Elia Bartra, Margarida Vives, Marta Paris, Ester Raga, Anna Trinidad, Stephanie Haupt, Fátima Sabench, Antonio Sánchez Marin, Daniel Del Castillo.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.

Objetivo: Presentar el manejo quirúrgico y la evolución de una peritonitis aguda secundaria a la perforación de la anastomosis gastroyeyunal, una complicación grave tras cirugía bariátrica, con énfasis en el riesgo asociado al turismo sanitario y la falta de información sobre los detalles de las técnicas quirúrgicas realizadas en centros fuera del país.

Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente de 38 años con obesidad grado II (peso preoperatorio 91 kg, IMC 36.98 kg/m²), diabetes tipo 2 e hipertensión, operada en la India mediante bypass gástrico de única anastomosis (OAGB). La paciente fue dada de alta sin incidencias, dos meses después acudió a urgencias en nuestro hospital con dolor abdominal generalizado, defensa y signos de irritación peritoneal, especialmente en el hemiabdomen superior. La tomografía computarizada (TC) reveló un defecto posterior en la anastomosis gastroyeyunal.

Resultados y Conclusiones: Se realizó laparoscopia exploradora, observando peritonitis purulenta difusa, plastrón en el hemiabdomen superior y el defecto en la anastomosis gastroyeyunal. Se tomó biopsia de los bordes del defecto y se reparó la anastomosis mediante sutura simple y se colocó un parche epiploico (técnica de Graham) y se procedió a la aspiración, lavado y colocación de drenajes, en planta de hospitalización la paciente fue tratada con antibióticos y nutrición parenteral. No se evidenció fuga a través de los drenajes, y se inició la ingesta oral progresivamente. A los 12 días postoperatorios, la paciente fue dada de alta sin signos de infección ni complicaciones adicionales. La anatomía patológica de los bordes del defecto reveló tejido fibroadiposo con inflamación mixta y esteatonecrosis. En el seguimiento postquirúrgico, la paciente evolucionó favorablemente, logrando una mejora significativa en su peso (63 kg, IMC 25.8) y en el control de su diabetes.

La fuga anastomótica es una de las complicaciones más graves de la cirugía bariátrica, con un alto impacto en la morbilidad, mortalidad y los costos de tratamiento. Puede presentarse inmediatamente o semanas después de la cirugía.

El tratamiento conservador es posible si el paciente está hemodinámicamente estable y las colecciones están drenadas. Sin embargo, la presencia de sepsis o una fuga no controlada requiere intervención quirúrgica. La laparoscopia sigue siendo el acceso preferido para este tipo de intervenciones.

Este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano y un manejo quirúrgico adecuado. El turismo sanitario, en particular, aumenta el riesgo de complicaciones debido a la falta de seguimiento y la incertidumbre sobre la técnica quirúrgica utilizada, lo que subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinario y un control más riguroso en los pacientes que se someten a procedimientos bariátricos en el extranjero

CC-03

MANEJO DE LA DEHISCENCIA DE LA LÍNEA DE SECCIÓN DEL "CANDY-CANE" EN EL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN Y DE ROUX. A PRÓPOSITO DE UN CASO

Andrea Norte García, Gian Mario D'ambrosio, Roger Homs Samsó, Laia Sala Vilaplana, Eulàlia Ballester Vázquez, Elisabet Julià Verdaguer, Carlos Arturo Vera Vázquez, Irene Casado Ferreras, Antonio Moral Duarte, Sonia Fernández-Ananín.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Objetivo: Discutir sobre el manejo de la fuga a través del 'candy-cane' en pacientes intervenidos de Bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux (BGRY).

Material y métodos: Mujer de 54 años, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP) y diabetes mellitus (DM) tipo II bien controlada diagnosticada en 2019, portadora de CPAP por Apnea Obstructiva del Sueño (AOS), con obesidad grado III. Presenta un IMC inicial de 43 kg/m² (Peso 119 kg, talla 167 cm), que tras instaurar medidas higiénico-dietéticas disminuye a 37 kg/m². La endoscopia digestiva alta no objetiva hernia de hiato ni esofagitis. Tras discusión en comité multidisciplinar, se decide realizar el día 22.01.2024 un BGRY por laparoscopia. Se coloca drenaje intraabdominal adyacente a anastomosis gastroyeyunal (GY).

Resultados: A las 8 h postoperatorias, la paciente presenta dolor brusco en el hipocondrio izquierdo (HCI) e hipotensión, que mejora con resucitación de volumen. Se realiza analítica urgente y por un descenso de dos puntos en la hemoglobina se decide indicar un angioTC abdominal que evidencia un punto de sangrado activo de moderado débito a nivel del pie de asa. La arteriografía no muestra claro punto de sangrado. A las 48 horas, presenta empeoramiento respiratorio, taquicardia y taquipnea con requerimientos crecientes de oxigenoterapia. El TC tóraco-abdominal descarta tromboembolismo pulmonar y evidencia aumento de neumoperitoneo y signos de peritonitis, compatible con dehiscencia anastomótica.

El 24.01.2024 se decide revisión quirúrgica por laparoscopia. No se identifica peritonitis purulenta o biliosa. Se evidencia hematoma intraabdominal con signos de sobreinfección y acodamiento a nivel del asa alimentaria inmediatamente distal a la anastomosis gastro-yeyunal (GY), sin clara fuga a nivel de línea de sección del 'candy-cane'. Se realizan puntos simples reabsorbibles para rectificar la posición del asa alimentaria, lavados y se dejan drenajes intraabdominales.

El 27.01.2024, presenta desaturación y dolor en HCI. Se administra azul de metileno sin evidenciar fuga por drenajes. El TC de control del 30.01.2024 muestra una colección hidro-aérea polilobulada de 15 cm anterior a la anastomosis GY. Se coloca drenaje Pigtail percutáneo con salida de débito purulento, con tres recambios por obstrucción.

El 23.02.2024 se realiza una FGC donde evidencian a nivel del asa aferente, en la línea de sección del 'candy-cane', dos orificios fistulosos que comunican con una cavidad de gran tamaño de contenido purulento. Se inicia terapia con esoesponge, con recambios cada tres días hasta el 22.03.2024 logrando granulación completa. El TC del 25.03.2024 muestra resolución de la colección hidro-aérea sin fugas, permitiendo iniciar dieta oral. La paciente es dada de alta el 06.04.2024.

Actualmente, a los 15 meses tras la cirugía, la paciente presenta un %EWL de 53,33%.

Conclusiones: La dehiscencia de la línea de sección del 'candy-cane' es una entidad infrecuente. La posición acodada del asa eferente podría generar una hiperpresión a nivel de asa aferente que facilite la fuga a través de la línea de sección del mismo. En caso de dehiscencias anastomóticas asociadas a grandes colecciones intraabdominales, la terapia con esoesponge puede facilitar el cierre y la resolución de las mismas asociado al drenaje percutáneo.

CC-04

UTILIDAD DE LA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA EN EL MANEJO DE COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Qiaomiao Lin, Jordi Farguell Piulachs, Maria Luisa Galaviz Sosa, Lilian Maria Escobar Lezcano, Joaquin Rodríguez Santiago, Maria Carmen Balagué Ponz.

Hospital Mutua, Terrassa, España.

Objetivos: La cirugía bariátrica de conversión está en auge, siendo una de sus indicaciones la aparición de complicaciones de la cirugía primaria, como el reflujo gastroesofágico secundario a un sleeve gástrico. Generalmente se va a convertir a bypass gástrico, siendo una intervención compleja por lo que puede tener una tasa más elevada de complicaciones que la cirugía primaria.

Una de las complicaciones agudas más temidas es la hemorragia. En el paciente bariátrico, la respuesta postoperatoria a las complicaciones es atenuada, pudiendo ser el único signo de alarma la taquicardia.

El objetivo de este caso es mostrar la utilidad de la endoscopia intraoperatoria en el manejo de complicaciones en la cirugía bariátrica, en este caso para explorar de manera intraluminal el pouch gástrico y la anastomosis gastroyeyunal.

Material y método: Paciente mujer de 45 años, con antecedente de sleeve gástrico con reganancia ponderal junto con inicio de reflujo gastroesofágico con clínica extradigestiva, que es remitida a nuestro centro para valorar cirugía de conversión.

Se completa estudio con endoscopia digestiva alta donde se observa esofagitis grado A con cardias incontinente, y TEGD donde se objetiva zona de menor calibre en la parte central del cuerpo gástrico con dilatación proximal. Dada la clínica y los hallazgos en las pruebas de imagen se decide conversión a bypass gástrico.

Resultados: En las primeras 24 horas posquirúrgicas presenta dolor abdominal, hipotensión con hematemesis por lo que se estabiliza y se realiza angioTC abdominal que informa de hemorragia activa a nivel de pie de asa y dilatación de asas proximales. Se indica laparoscopia exploradora donde no se observa hemoperitoneo. Se realiza endoscopia digestiva alta intraoperatoria sin evidenciar hemorragia en el pouch gástrico ni en la anastomosis gastroyeyunal. Se revisa anastomosis yeyuno-yeyunal (pie de asa) distensión de la misma con dilatación proximal y se decide enterotomía con salida de abundantes coágulos, pero sin hemorragia activa en ese momento.

Se mantiene 48 horas en control estricto de constantes y de hemoglobina con estabilidad de las mismas, por lo que se inicia dieta líquida con buena tolerancia. Es alta a domicilio a los 7 días de la revisión quirúrgica.

Conclusiones: La cirugía bariátrica de conversión es un procedimiento complejo con indicaciones concretar y que puede tener más complicaciones que la cirugía primaria. Una de las complicaciones agudas más frecuentes es la hemorragia. En este caso se presenta en forma de oclusión intestinal por cúmulo de coágulos en el pie de asa con hematemesis secundaria. En este caso, la endoscopia intraoperatoria es de gran utilidad por su ayuda en la revisión del pouch gástrico y la anastomosis gastroyeyunal para intentar filiar el origen de la hemorragia.

O-01

SEGURIDAD EN CIRUGÍA BARIÁTRICA ANASTOMÓTICA: ALTA EL MISMO DÍA VS. ALTA ESTÁNDAR, UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Lucas Sabatella¹, Patricia Martinez Ortega², Nuria Blanco Asensio¹, Carlota Tuero Ojanguren¹, Adriana Uriz Pagola¹, Rebeca Maruri Aldaz¹, Juan José Gascón¹, Victor Valentí Azcárate¹.

¹Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España; ²Imperial College of London, Londres, Reino Unido.

Introducción: Para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos se han comenzado a implementar los protocolos de alta el mismo día para cirugía anastomótica metabólica y bariátrica. Este metaanálisis tiene como objetivo comparar la seguridad de alta el mismo día (AMD) con la hospitalización estándar nocturna (HN) en cirugía anastomótica bariátrica, enfocándose en los resultados postoperatorios tempranos.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática y metaanálisis siguiendo las directrices PRISMA y MOOSE. Se analizaron los datos agregados de 19,849 pacientes. Los resultados evaluados incluyeron morbilidad general a 30 días, mortalidad, tasa de readmisión, tasa de reoperaciones y complicaciones categorizadas según la clasificación de Clavien-Dindo. Se utilizó un modelo de efectos aleatorios para la agrupación de datos y se evaluó la heterogeneidad utilizando la estadística I^2 .

Resultados: AMD estuvo asociado con una tasa significativamente más baja de complicaciones mayores (Clavien-Dindo III/IV) en comparación con HN (OR: 0.64; IC 95%: 0.44–0.91; $p = 0.013$; $I^2 = 9\%$). Sin embargo, el riesgo de mortalidad a 30 días fue significativamente más alto en el grupo AMD (OR: 7.24; IC 95%: 2.27–23.52; $p = 0.001$; $I^2 = 26\%$). No se encontraron diferencias significativas en morbilidad general (OR: 1.41; IC 95%: 0.80–2.49), complicaciones menores (OR: 1.52; IC 95%: 0.95–2.42), readmisiones (OR: 1.17; IC 95%: 0.61–2.22) o reoperaciones (OR: 0.98; IC 95%: 0.47–2.03).

Conclusiones: El protocolo de AMD está asociado con menos complicaciones mayores, pero con un aumento del riesgo de mortalidad, siendo necesaria una correcta selección de pacientes y protocolos de alta personalizados con adecuados sistemas de seguimiento.

O-02

ENFERMEDAD POR REFLUJO ESOFAGOGÁSTRICO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL: CORRELACIÓN ENTRE PHMETRÍA POSTOPERATORIA Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS A LOS 3 AÑOS. ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO

Eulalia Ballester Vazquez¹, Elisabet Julià Verdaguer¹, Berta Gonzalo Prats¹, Laia Sala Vilaplana¹, Andrea Norte Garcia¹, Carme Balagué Ponz², Antonio Moral Duarte¹, Sonia Fernandez Ananin¹.

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España; ²Hospital Mutua, Terrassa, España.

Objetivos: La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es actualmente el procedimiento quirúrgico más realizado a nivel mundial para el tratamiento de la obesidad mórbida. Sin embargo, entre sus complicaciones a largo plazo destacan la enfermedad por reflujo esofagogástrico (ERGE) y la esofagitis erosiva de nueva aparición. Los mecanismos que subyacen a estas complicaciones aún no están completamente esclarecidos.

El objetivo de este estudio fue analizar el impacto de diferentes aspectos técnicos quirúrgicos sobre el desarrollo de ERGE y los hallazgos endoscópicos en un seguimiento mínimo de 3 años tras la cirugía.

Material y métodos: Se diseñó un estudio prospectivo randomizado (NCT02144545) con el fin de evaluar el efecto de dos variables técnicas: el diámetro de la sonda orogástrica (33 vs 42Fr) y la distancia entre el píloro y la primera línea de sección (2 vs 5cm). Los pacientes candidatos a GVL fueron asignados aleatoriamente a cuatro grupos según la combinación de estos dos factores: Grupo 1 (33Fr and 2cm); Grupo 2 (33Fr and 5cm); Grupo 3 (42Fr and 2cm); Grupo 4 (42Fr and 5cm).

Se realizó una pHmetría de 24h a todos los pacientes de forma preoperatoria, a los 2 meses y al año de la cirugía. Los resultados de la pHmetría fueron comparados con los hallazgos endoscópicos en un seguimiento mínimo de tres años tras la intervención quirúrgica.

Resultados: Se incluyó un total de 73 pacientes, de los cuales 76.9% fueron mujeres. La edad media de la muestra fue de 50.4 años, con un índice de masa corporal (IMC) preoperatorio medio de 43.39 Kg/m².

El porcentaje medio de exposición ácida en la pHmetría de 24h en el canal distal esofágico (calculado como el porcentaje de tiempo en el que el pH del canal distal fue <4) en toda la muestra fue de 6% de forma preoperatoria. Este porcentaje aumentó al 11% a los dos meses y a 13% al año de la cirugía (p = 0.008). Los pacientes del grupo 4 presentaron un aumento significativo de la exposición ácida respecto al grupo 2 (p<0.05). En el análisis multivariante, se identificó que la sonda de 42 Fr fue un factor de riesgo estadísticamente significativo para el desarrollo de ERGE (OR 6.22, p<0.01). Además, se identificó una correlación significativa entre presentar una pHmetría patológica al año de la cirugía y el hallazgo de esofagitis erosiva en la gastroscopia a los 3 años (p=0.02). No se identificaron diferencias significativas en las tasas de esofagitis entre los diferentes grupos.

Conclusiones: La GVL provoca un aumento global en la exposición ácida del esófago distal. El uso de una sonda de 42 Fr se identificó como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de ERGE. Además, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre una pHmetría 24h patológica a los 12 meses y el desarrollo de esofagitis a partir de los 3 años. No obstante, no se observaron diferencias significativas entre los grupos analizados.

O-03

INFLUENCIA DE LA GESTACIÓN EN PACIENTES CON CIRUGÍA BARIÁTRICA PREVIA Y SU IMPACTO EN LA PÉRDIDA DE PESO A MEDIO Y LARGO PLAZO

Silvia Sanchez Infante Carriches¹, Bernardo Almeida Santos², Tamara Diaz Vico¹, Carlos Ferrigni Gonzalez¹, Teresa Perez Domene¹, Claudia Isabel Caraballo Angeli², Camilo Jose Castellon Pavon², Alejandro Garcia Muñoz Najar¹, Manuel Duran Poveda¹.

¹Hospital Rey Juan Carlos, Mostoles, España; ²Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Introducción: La cirugía bariátrica es común en mujeres en edad fértil, por lo que el embarazo puede afectar la evolución ponderal y el éxito a largo plazo. Las mujeres con obesidad que se embarazan tienen mayor riesgo de ganar peso en exceso, lo que contribuye al sobrepeso posparto y a la obesidad futura. Así, el embarazo puede predisponer a la reganancia ponderal tras la cirugía y a la reaparición de comorbilidades, pudiendo requerir cirugías de revisión. Este estudio evalúa el impacto del embarazo en la pérdida de peso a 1, 2 y 5 años tras la cirugía bariátrica en mujeres en edad reproductiva.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de casos y controles, seleccionándose los datos correspondientes a pacientes mujeres en edad reproductiva, comprendida entre 18 y 45 años, que se hayan sometido a cirugía bariátrica mediante bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) o gastrectomía vertical (GV) durante el período comprendido entre enero de 2013 y diciembre de 2019. Se compararán los resultados en términos ponderales a 1, 2 y 5 años de seguimiento entre las pacientes embarazadas tras la cirugía bariátrica y aquellas que no han experimentado embarazo.

Resultados: Se han incluido un total de 108 pacientes bariátricas, con una proporción de casos y controles de 1:2. En cada grupo se han incluido pacientes intervenidas mediante GV (n=5 embarazadas, n=10 no embarazadas) y BGYR (n=31 embarazadas, n=62 no embarazadas). Las comorbilidades más frecuentes fueron el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) (66 pacientes (61,1%)), la resistencia a la insulina (34 pacientes (31,5%)) y la hipertensión arterial (HTA) (18 pacientes (16,7%)).

Completaron el seguimiento a 5 años el 100% de las pacientes.

El tiempo medio desde la cirugía hasta el embarazo fue de 31,97 ± 16,41 (5-58) meses. El IMC medio previo a la gestación fue de 29,2 ± 5,07 kg/m², con un IMC medio al parto de 32,02 ± 3,98 kg/m². La ganancia ponderal media de las pacientes durante el embarazo fue de 7,91 ± 9,29 kg.

No hubo diferencias significativas en cuanto a IMC ni a porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) a 1 y 2 años de seguimiento postoperatorio. A cinco años, el IMC medio fue menor en el grupo de las no embarazadas (p=0,038), sin observarse diferencias estadísticamente significativas en cuanto al %EPP (p=0,055) (Tabla 1). La disminución y/o resolución de comorbilidades asociadas fue similar a los 5 años de seguimiento postoperatorio.

En el análisis por subgrupos en cuanto a técnica quirúrgica realizada, no se observaron diferencias significativas en relación al %EPP a 5 años de seguimiento postoperatorio en ninguna de ellas (BGYR, p=0,14; GV, p=0,2).

En cuanto a las comorbilidades durante la gestación, 2 (5,5%) pacientes desarrollaron hipertensión arterial gestacional, una de ellas complicada con un síndrome de HELLP. Doce (33,3%) pacientes desarrollaron diabetes gestacional, de las cuales una precisó ajustes de glucemia con insulina.

Conclusión: El embarazo tras la cirugía bariátrica en pacientes en edad fértil no influye en los resultados de pérdida ponderal durante los primeros 60 meses de seguimiento.

O-04

CORRELACIÓN ENTRE LA MEJORA METABÓLICA POSTQUIRÚRGICA Y LA SOBREENPRESIÓN DE ANGPTL8 EN TEJIDO ADIPOSITO SUBCUTÁNEO TRES MESES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

Ester Martínez Negro¹, Pablo Fernández García², Laura Teresa Martínez Marquina², Inmaculada Mora Jiménez², Daniela Rodríguez Marín³, Mariano Álvarez Antolinez³, Sagrario Martínez Cortijo³, Patricia Corrales García², David Sánchez-Infantes Sánchez².

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Vallecas, España; ²Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España; ³Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España.

Introducción: La cirugía bariátrica se considera la mejor opción terapéutica que consigue resultados satisfactorios a medio y largo plazo para el tratamiento de la obesidad y la diabetes. La remodelación del tejido adiposo tras la cirugía bariátrica implica la modulación de genes. Sin embargo, se desconoce qué genes son los más influyentes para esta remodelación del tejido adiposo antes de la pérdida de peso. El objetivo del presente estudio es identificar nuevas dianas terapéuticas en la modulación del transcriptoma que se produce en el tejido adiposo blanco subcutáneo (scWAT) tras la pérdida de peso y la mejoría metabólica en pacientes con obesidad a los tres meses de la cirugía bariátrica. ANGPTL8 juega un papel crucial en el metabolismo de los lípidos al regular la actividad de la lipoproteína lipasa (LPL), una enzima clave involucrada en la hidrólisis de los triglicéridos de las lipoproteínas circulantes.

Materiales y Métodos: Se han incluido en el estudio veintidós pacientes con obesidad sometidos a Bypass gástrico (16 mujeres y 6 hombres) entre junio de 2022 y junio de 2023, excluyendo a aquellos pacientes que presentaban otras patologías inflamatorias que pudieran alterar los resultados del estudio. Se tomaron muestras de sangre y biopsias scWAT en el momento de la intervención y tres meses después de la misma, así como los datos clínicos y medidas antropométricas de los pacientes. Posteriormente, se realizó un estudio transcriptómico mediante RNAseq de las biopsias scWAT.

Resultados: Nuestros resultados indican que, tras tres meses de la intervención bariátrica, los pacientes presentan niveles disminuidos de glucosa en sangre, y niveles disminuidos de HbA1c (IFCC), insulina, triglicéridos y colesterol en suero ($p < 0,05$). En esta línea, el HOMAIR se encontraba disminuido en los pacientes tras tres meses de la intervención. Cabe destacar que después de tres meses de la intervención quirúrgica, el tejido adiposo con scWAT mostró una remodelación transcriptómica (210 genes sobreexpresados, 136 genes sobreexpresados y 34260 no cambiaron) que está relacionada con la resistencia a la insulina, la inflamación, la fibrosis y las vías de las adipocitocinas (análisis de enriquecimiento de GO, KEGG y Reactome). Además, se realizó una validación de la RNAseq con los genes diana más significativos modulados antes de la cirugía y tres meses después de la intervención.

En términos de datos transcriptómicos, identificamos a ANGPTL8 como un gen fuertemente sobreexpresado en el tejido adiposo con scWAT de pacientes con obesidad 3 meses después de la cirugía. Haciendo uso del coeficiente de correlación, también analizamos la asociación entre los niveles de ANGPTL8 y varias variables clínicas. Los resultados mostraron altos valores del módulo del coeficiente de correlación, tanto en sentido positivo como negativo, sugiriendo un papel potencial de ANGPTL8 en la regulación metabólica y su interacción con parámetros clínicamente relevantes.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra cuáles son las primeras señales de mejora metabólica en scWAT tras cirugía bariátrica, identificando aquellos genes y rutas moduladas después de 3 meses de la intervención. Estos resultados promoverán el descubrimiento de nuevas dianas terapéuticas para luchar contra la obesidad y otras patologías metabólicas asociadas

O-05

BYPASS DUODENO-ILEAL DE UNA ANASTOMOSIS CON GASTRECTOMÍA VERTICAL (SADI-S) VS BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX (BGYR). REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METAANÁLISIS

Lucas Sabatella¹, Daniel Aliseda Jover¹, Patricia Martinez Ortega², Carlota Tuero Ojanguren¹, Nuria Blanco Asensio¹, Adriana Uriz Pagola¹, Rebeca Maruri Aldaz¹, Juan José Gascón¹, Víctor Valentí Azcárate¹.

¹Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España; ²Imperial college of London, Londres, Reino Unido.

Objetivo: Comparación de SADI-S y BGYR en terminos de pérdida de peso, la resolución de comorbilidades y las complicaciones a corto y largo plazo.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática siguiendo las pautas PRISMA. Se incluyeron estudios que comparaban SADI-S y BGYR como cirugía primaria y que informasen sobre pérdida de peso (pérdida de peso total, pérdida de peso en exceso), remisión de comorbilidades (diabetes e hipertensión) y resultados postoperatorios (complicaciones, estancia hospitalaria y tiempo operatorio). Se realizó un metaanálisis de la diferencia de medias para evaluar los resultados continuos y un metaanálisis de las Odds Ratio para evaluar las variables categóricas, utilizando el modelo de efectos aleatorios.

Resultados: Se analizaron los datos agregados de 51,634 pacientes, provenientes de 9 estudios. Los 9 estudios se utilizaron para realizar un análisis a corto plazo (< 1 año) mientras que 6 de ellos sirvieron para un estudio a largo plazo (> 1 año). SADI-S obtuvo una pérdida de peso total (MD 10.02; 95% IC 4.21–15.82; p<0.001), pérdida de exceso de peso (MD 10.3; 95% IC 6.9–13.7; p<0.001) y remisión de diabetes (OR 3.48; 95% IC 2.02–6.02; p<0.001) significativamente superiores. Las complicaciones a corto plazo (OR 0.95; 95% IC 0.45–1.97; p=0.89) y las complicaciones graves (OR 0.65; 95% IC 0.22–1.91; p=0.43) fueron similares entre los grupos, pero SADI-S tuvo menos complicaciones a largo plazo (OR 0.17; 95% IC 0.04–0.66; p=0.01). El tiempo operatorio (MD 9.2; 95% IC -26.3–44.8; p=0.6) y la estancia hospitalaria (MD 0.06; 95% IC -0.69–0.82; p=0.86) fueron similares.

Conclusión: Este metaanálisis sugiere que el SADI-S podría tener ventajas en cuanto a la pérdida de peso y la remisión de la diabetes en comparación con el BGYR, mostrando un perfil de seguridad similar en términos de complicaciones a corto plazo y, posiblemente, menos complicaciones a largo plazo.

O-06

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN HOSPITALES DE BAJA COMPLEJIDAD. MENTORIZAR PARA PROGRESAR

Mónica García Aparicio, Eneida Bra Insa, Benito Miguel Josa Martínez, Elena Sagarra Cebolla, Julia Revuelta Ramírez, Xabier Remírez Arriaga, Raquel Ríos Blanco.

Hospital Infanta Cristina, Parla, España.

Objetivos: Describir la puesta en marcha de un equipo multidisciplinar para el tratamiento del paciente con obesidad mórbida en un hospital de grupo 1, tutorizado por un hospital de grupo 3.

Material y Métodos: Presentamos la estrategia seguida en nuestro centro, un centro de baja complejidad, para iniciar un programa de cirugía bariátrica, en colaboración con un hospital de gran complejidad.

Resultados: La implementación de una unidad de cirugía bariátrica en un hospital de grupo 1 mejora el acceso del paciente obeso mórbido a tratamientos quirúrgicos especializados. La colaboración con un hospital de referencia en cirugía bariátrica y metabólica es fundamental para asegurar que el equipo en formación adquiera las competencias y conocimientos necesarios para realizar dichos procedimientos de manera segura y eficaz.

El primer paso en la puesta en marcha de esta unidad es la formación del personal. Esto incluye la capacitación de cirujanos, anestesiólogos, enfermeras y otros profesionales de la salud involucrados en el manejo de estos pacientes.

Los cirujanos, con experiencia previa en cirugía esofagogástrica, completaron los diferentes cursos avalados por la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, alcanzando la fase V, y elaborando un protocolo asistencial ajustado a su entorno.

Todo el equipo quirúrgico (anestesia, enfermería, auxiliares y cirujanos) participó en inmersiones formativas teóricas y prácticas en el hospital tutor.

La unidad inició su trabajo en 2023 y en febrero de 2024 se llevó a cabo la primera cirugía. Los primeros pacientes fueron operados por el cirujano de mayor experiencia, ayudado presencialmente por nuestros mentores, quienes nos guiaron en detalles y gestos quirúrgicos para garantizar intervenciones de alta calidad técnica.

Desde febrero de 2024 hasta enero de 2025, se han operado un total de 15 pacientes: 6 bypass gástricos y 5 gastrectomías verticales primarias y 4 cirugías de revisión. No se han registrado reintervenciones ni fallecimientos y todos los pacientes han evolucionado satisfactoriamente hasta la fecha, con una adecuada pérdida ponderal.

En nuestro centro seguimos los estándares de calidad y seguridad recomendados por nuestra sociedad científica y participamos en el registro nacional para evaluar nuestros resultados.

Conclusión: A través de un sistema de mentoría proporcionado por un hospital de mayor experiencia, el equipo pequeño, siguiendo las directrices de las sociedades científicas, puede aprender de múltiples casos y beneficiarse de la supervisión directa. Esto permite afianzar técnicas quirúrgicas avanzadas y protocolos de tratamiento, mejorando así la atención a nuestros pacientes con obesidad mórbida.

Es importante destacar que la transición de un hospital pequeño hacia la autonomía en cirugía bariátrica no solo implica aspectos técnicos, sino también organizativos y estratégicos. En este sentido, la comunicación efectiva entre los equipos de ambos hospitales es crucial para el éxito del proceso, permitiendo el intercambio de experiencias y la resolución de dudas.

O-07

IMPLEMENTACIÓN DE LA RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA DEL ADULTO Y ANESTESIA LIBRE DE OPIÁCEOS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA PRIMARIA ¿DÓNDE ESTAMOS?

María Recarte Rico, Elena Civeira Marín, Cristina Rodríguez Roca, María Alexandra Heras Garceau, Mercedes López Martínez, Ramón Corripio Sánchez.

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Objetivos: la recuperación intensificada en cirugía del adulto (rica) intenta que las personas lleguen en las mejores condiciones posibles, que tengan el mejor tratamiento durante la cirugía y que su recuperación posterior sea la más eficaz.

El manejo del dolor en pacientes con obesidad grave es de particular importancia ya que se encuentran más expuestos a sufrir eventos cardiovasculares y pulmonares derivados del manejo insuficiente y de los fármacos que se utilizan para tratarlo (opioides). En el periodo intraoperatorio, se ha empezado a postular la “anestesia libre de opiáceos” (ofa) como alternativa al uso clásico de opioides intravenosos.

El objetivo de este trabajo es analizar la evolución y resultados de la implementación de los protocolos rica y ofa en cirugía bariátrica primaria en un centro de referencia.

Material y métodos: análisis retrospectivo de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica primaria mínimamente invasiva (cbpmi) de enero 2004 a diciembre 2023. Se recogió la edad, imc inicial, comorbilidades, tipo de cirugía, drenajes, sng, vvc, uvi, rica, ofa, día de tolerancia, estancia hospitalaria, complicaciones y reingresos. Se definió protocolórica en aquellos pacientes sin necesidad de drenajes, sng, vvc ni uvi.

Resultados: 682 pacientes se intervinieron de cbpmi. El 26,2% cumplieron los criterios de protocolo rica y en el 30,6% de los pacientes se realizó ofa.

La tabla 1 muestra los datos globales de la serie, así como los datos según el subgrupo de análisis rica y ofa.

La implementación de los protocolos rica y ofa comenzó a partir del año 2017 aplicándose en el año 2023 en el 90,9% de los pacientes intervenidos de cbpmi.

El gráfico 1 muestra la evolución en el tiempo del porcentaje de pacientes con drenajes, sng, vvc y estancia en uvi. El gráfico 2 muestra el porcentaje de implementación de rica y ofa a lo largo de los años.

Conclusiones: la experiencia adquirida por el equipo multidisciplinar y la estandarización de la técnica quirúrgica han permitido la implementación de los protocolos rica y ofa en la cirugía bariátrica y metabólica.

Bibliografía:

- Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto. Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM). 2021.

	GLOBAL (n=682)	RICA (n=179)	OFA (n=209)
Edad	45,57 (13,7-68,2)	46,73 ± 10,9	46,61 ± 10,8
Sexo (♀♂)	490:192 71,8%: 28,2%	123:56 68,7%: 31,3%	146:63 69,9%: 30,1%
IMC (Kg/m ²)	46,1 (25-71,4)	44,5 (25-67,6)	45 (25-67,6)
DM	250 (36,7%)	58 (32,4%)	64 (30,6%)
HTA	313 (45,9%)	78 (43,6%)	95 (45,5%)
Dislipemia	253 (37,1%)	59 (33%)	75 (35,9%)
SAOS	220 (32,3%)	75 (41,9%)	82 (39,2%)
Cirugía Bariátrica:			
By-pass gástrico	493 (72,3%)	138 (77,1%)	155 (74,2%)
Gastrectomía vertical	189 (27,7%)	41 (22,9%)	54 (25,8%)
OFA	209 (30,6%)	163 (91,1%)	209 (100%)
Drenajes	490 (71,8%)	0	43 (20,6%)
SNG	372 (54,5%)	0	0
VVC	374 (54,8%)	0	1 (0,5%)
UVI	387 (56,7%)	0	3 (1,4%)
RICA	179 (26,2%)	155 (100%)	163 (78%)
Complicaciones	88 (12,9%)	10 (5,6%)	14 (6,7%)
Día de tolerancia	4 (0-40)	1 (1-6)	1 (0-40)
Días de ingreso	5 (1-155)	3 (1-13)	4 (1-56)
Reingreso	19 (2,8%)	7 (3,9%)	8 (3,8%)

Tabla1.

O-08

PERFIL ESPECÍFICO DE LA MICROBIOTA INTESTINAL PARA LA PREDICCIÓN DE LA REMISIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 EN PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMÍA VERTICAL

Luis Ocaña Wilhelmi, Rocío Soler Humanes, José Ignacio Martínez Montoro, Cristina Monje, Raquel Sancho Marín, Lourdes Garrido Sánchez, Nerea Ruíz Campos, Carolina Gutiérrez Repiso, María José García López, Francisco J. Tinahones.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Objetivos: El papel predictivo de la microbiota intestinal basal en la remisión de la diabetes tipo 2 (DT2) después de la cirugía bariátrica sigue estando poco explorado. Este estudio tiene como objetivo identificar perfiles específicos de la microbiota intestinal antes de la cirugía asociados con la remisión de la DT2 después de la gastrectomía vertical (GV).

Material y métodos: Este es un estudio observacional retrospectivo que incluyó a participantes con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 40 kg/m² y DT2 que se sometieron a GV y tenían muestras de heces preoperatorias disponibles. La microbiota intestinal se analizó mediante secuenciación del ARNr 16S. Los participantes se clasificaron en grupos de remisión y no remisión según el estado de DT2 un año después de la GV.

Resultados: Se incluyeron a un total de cuarenta y seis participantes. Después de ajustar los factores de confusión iniciales (es decir, edad, niveles de HbA1c, duración de la diabetes tipo 2 y tratamiento con insulina), la diversidad de la microbiota intestinal preoperatoria no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, excepto el índice de uniformidad de Pielou, que fue significativamente mayor en el grupo sin remisión ($p = 0,01$). El análisis ANCOM-BC2 identificó un enriquecimiento en *Fusicatenibacter*, *Holdemanella* y *Senegalimassilia* en el grupo sin remisión, mientras que *Eggerthella*, *Flavonifractor* y *R. gnavus* se enriquecieron en el grupo de remisión. Además, la clasificación de bosques aleatorios (random forest) destacó a *Eggerthella* y *Flavonifractor* como géneros clave que predicen la remisión de la diabetes tipo 2. El análisis funcional con PICRUSt2 reveló un aumento de las vías del metabolismo de los carbohidratos en el grupo de remisión.

Conclusiones: La composición basal de la microbiota intestinal puede servir como un predictor independiente de la remisión de la diabetes tipo 2 a corto plazo en pacientes sometidos a GV.

O-09

INVERSIÓN YEYUNAL: UN ENEMIGO INESPERADO TRAS UNA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Mariaclaudia Ocharán Puell, Gisela Navarro Quirós, Rocio González López, Irene Vázquez González, Abel García Melón, Patricia Lenza Trigo, Candela López Vázquez, Natalia De La Puente Mota, Olga Maseda Díaz.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

Objetivos: Conocer la técnica quirúrgica de la inversión yeyunal, las indicaciones y las complicaciones que puede presentar. Resaltar la importancia de tener en cuenta todos los procedimientos quirúrgicos previos que puedan tener nuestros pacientes para poder entender sus complicaciones y realizar un correcto tratamiento de los síntomas.

Material y métodos: Revisión bibliográfica de la técnica quirúrgica de inversión yeyunal. Paciente mujer de 50 años refiere clínica de dolor abdominal postprandial, distensión abdominal exclusivamente localizada en hipocondrio izquierdo y vómitos que limitan su día a día, llegando a afectarla emocionalmente.

Tras recogida exhaustiva de datos quirúrgicos de los diferentes hospitales, los antecedentes quirúrgicos de la paciente son los siguientes:

Año	Procedimiento
1988	Apendicetomía abierta
2001	Funduplicatura tipo Nissen laparoscópica por ERGE
2004	Piloroplastia + Inversión yeyunal abierta por diarrea crónica por posible vagotomía iatrogénica
2005	Hernioplastia supraumbilical gigante
2007	Hernioplastia ventral en incisión de laparotomía media
2010	Colecistectomía abierta
2012	Desmontaje de Nissen y conversión a Bypass gástrico con Y de Roux laparoscópico por obesidad
2013	Hernioplastia ventral + Resección de faldón
2020	Cirugía de urgencia 1er tiempo: Reducción de saco herniario y contenido en hernia diafragmática izquierda + laparostomía tipo VAC por oclusión intestinal 2do tiempo: Cierre primario de hernia diafragmática izquierda + cierre de pared con malla supraponeurótica

Resultados: La paciente presenta la clínica previamente referida desde 2012, tras la cirugía bariátrica. Se realiza enteroscopia y tránsito esofagogastroduodenal con diagnóstico de hernia hiatal y descripción de importante dilatación del asa alimentaria de hasta 5,5 cm de calibre, y de unos 17 cm de longitud, que probablemente coincidiera con el asa invertida. Con estos resultados se solicita una enterorresonancia en la cual describen en hipocondrio izquierdo un asa dilatada que ponen en relación con el asa antiperistáltica.

Se sospecha que durante la realización en el 2012 del bypass gástrico con anastomosis en Y de Roux podría haberse utilizado para el asa alimentaria el segmento de yeyuno invertido en 2004 realizado como tratamiento de la diarrea crónica por posible vagotomía iatrogénica que sufría la paciente. Debido a los múltiples antecedentes quirúrgicos y los riesgos de una intervención, se realiza manejo conservador durante 2 años, pero ante persistencia de clínica se decide reintervención quirúrgica. Tras una adhesiolisis dificultosa, se confirma la presencia de un asa de intestino de aproximadamente 40cm muy delimitada y dilatada, dentro de la cual se encuentra la anastomosis gastroyeyunal previa. Se realiza resección del asa patológica incluyendo la anastomosis y se reelabora un asa alimentaria de 80cm.

Tras un postoperatorio complicado por absceso intraabdominal y su resolución, durante el seguimiento, la paciente cursa con resolución completa de clínica por la cual consultaba.

Conclusiones: Si bien la técnica de inversión yeyunal es muy inusual en nuestro medio, según la revisión bibliográfica hemos encontrado que la indicación más clara se encuentra en pacientes con diarrea crónica postvagotomía en quienes no había mejoría clínica o control con medidas conservadoras. Creemos que es necesario conocer esta técnica para poder identificar y tratar sus posibles complicaciones en pacientes de manera óptima.

O-10

100 PRIMERAS CIRUGÍAS ROBOTICAS TRAS DOS AÑOS DE IMPLEMENTACIÓN, NUESTROS RESULTADOS

M^a De Los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, Mercedes Fornell Ariza, José Manuel Pacheco García.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Introducción: El abordaje robótico de la cirugía de la obesidad ha ido ganando terreno desde sus inicios, y sus resultados son equiparables al abordaje laparoscópico. Presentamos nuestra experiencia en las primeras 100 cirugías bariátricas robóticas.

Material y método: Desde junio de 2022 a julio de 2024, se han intervenido en nuestra unidad de cirugía esofagogastrica y bariátrica, 165 pacientes de obesidad mórbida (79 en 2022/23 y 86 en 2023/24), de ellos 100 han sido por abordaje totalmente robótico. Disponemos del robot solo 2 sesiones al mes y realizamos una media de 2 procedimientos por sesión (min 2 Max 4). Los procedimientos realizados son Bypass gástrico, Gastrectomía vertical y cirugía revisional. La cirugía esta realizada por los dos cirujanos de consola (uno con 70 casos y el otro con 30 casos) que ya han superado la curva de aprendizaje, y los 100 casos han sido ayudados por un cirujano del equipo en el carro del paciente.

Analizamos los resultados en cuanto a evolución del tiempo quirúrgico, estancia media, dolor, postoperatorio, complicaciones postoperatorias, calidad de vida.

Realizamos la toda la cirugía bariátrica robótica con la plataforma DaVinci XI con 4 trocates robóticos (2 de 8mm, 2 de 12mm y trocar adicional para el "airseal" por donde introducimos separador hepático. Realizamos el calibrado con sonda de Fouchet de 36 fr.

Resultados: Se han intervenido 100 pacientes mediante abordaje robótico 35 hombres y 65 mujeres, Edad Media de 44 años, peso medio 132 kg, IMC medio de 46. 50% by pass gástrico 45% Gastrectomía vertical 5% cirugía revisional

Tiempo operatorio medio:

Gastrectomía vertical: 54 min (35min-90 max) media europea 69 min

Bypass gástrico: 103 min (70min-190 max) media europea 113min

Cirugía revisional: 114 min (93min-180 max) media europea 118min

Complicaciones postoperatorias: 1 hemoperitoneo en cirugía revisional que precisó intervención quirúrgica. No complicaciones ni inmediatas ni tardías en las cirugías primarias.

Estancia media: en las cirugías primarias la estancia media es de 48 horas en ambos procedimientos y en cirugía revisional también se sitúa entre las 48-78 horas excepto en el caso de la complicación que se prolongó a 6 días.

Dolor postoperatorio a las 24 y 48 horas de la cirugía medida con escala EVA fue de 1,5 puntos.

Calidad de vida escala BAROS a los 2 años de la cirugía > 6 en el 88% de los pacientes (5-6 en 9% pacientes y 4-5 en 3% pacientes).

Discusión: Tras analizar nuestros resultados hemos realizado con éxito 100 procedimientos robóticos bariátricos. Los tiempos quirúrgicos han ido mejorando a medida que se superaban los primeros casos y son equiparables a los tiempos laparoscópico. En cuanto a las complicaciones no hemos tenido ninguna en la cirugía primaria y solo 1 en cirugía revisional. Los resultados son equiparables a la cirugía laparoscópica. Por tanto, la cirugía bariátrica por abordaje robótico es segura y sus resultados equiparables al abordaje laparoscópico. No obstante, son necesarios estudios y análisis a más largo plazo para confirmar estos resultados

O-11

RESULTADOS DEL PRIMER AÑO TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA SIN INGRESO HOSPITALARIO

Alex Hugué Sanchez Ramon, Alex Morera Grau, Cassandra Gimeno Grauwinkel, Marta De La Iglesia Formatger, Laura Pulido Martinez, Maria Bartolomé Regué, Esther Mans Muntwyler.

Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, España.

Antecedentes: El aumento de la prevalencia de obesidad severa plantea un desafío significativo para la salud pública debido a su impacto en la morbilidad, mortalidad, calidad de vida y costos sanitarios. La cirugía bariátrica (CB) sigue siendo el tratamiento más efectivo a largo plazo, con avances en las técnicas y el cuidado perioperatorio que mejoran los resultados. Los programas de CB sin ingreso podrían optimizar aún más la utilización de recursos y la recuperación de los pacientes.

Objetivos: Evaluar la viabilidad y seguridad de implementar un programa de CB sin ingreso en un hospital de tamaño medio.

Materiales y Métodos: Este estudio prospectivo y unicéntrico incluye pacientes de 18 a 65 años, con indicación de cirugía bariátrica por obesidad severa o grado II con enfermedades asociadas, con clasificación ASA I-III, que disponen de un acompañante durante las primeras 48 horas postquirúrgicas y que residen a menos de una hora del hospital.

Se recopilan datos de las características preoperatorias (p. ej., género, edad, IMC, comorbilidades) y los resultados postoperatorios, así como del éxito del programa (alta el mismo día), complicaciones y satisfacción del paciente. Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron gastrectomía vertical (GV) y bypass gástrico en Y de Roux (BPG).

Resultados: Entre noviembre de 2023 y noviembre de 2024, se incluyeron 18 pacientes (72% mujeres; mediana de edad: 48 años [43-62]; mediana de IMC: 42 kg/m² [39-44]). De estos, 7 fueron sometidos a GV (44%) y 9 a BPG (56%).

Ocho pacientes (44%) completaron el programa con éxito. Las tasas de éxito variaron según el procedimiento: BPG vs GV (64% vs 14%). La ausencia de éxito del programa se debió a complicaciones menores, como vómitos (2), dolor postoperatorio (2), dificultades de ingesta oral (3), anomalías en el ECG (1) y edema de la úvula (1). No se observaron complicaciones mayores (Clavien-Dindo \geq 3b) en los primeros 30 días.

La mediana de la estancia hospitalaria fue de 13 horas (13-13) para los datos de alta y de 42 horas (30-54) para los no dados de alta, sin readmisiones relacionadas con la cirugía. Se registraron dos consultas a urgencias, una por fecaloma y otra por fiebre de origen desconocido. La mayoría de los pacientes expresaron alta satisfacción y disposición a optar nuevamente por el programa.

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que los programas de CB ambulatoria son viables y seguros con una adecuada selección de pacientes. Los principales desafíos consisten en manejar síntomas postoperatorios menores, no complicaciones graves. La optimización de los protocolos perioperatorios podría mejorar los resultados y ampliar la aplicabilidad de la cirugía bariátrica ambulatoria.

O-12

NIVELES DE BAJA MASA MUSCULAR Y SU ASOCIACION CON LA SEVERIDAD DE LA ESTEATOSIS HEPATICA METABOLICA (MASLD) EN PACIENTES CON OBESIDAD GRAVE

Luis Ocaña Wilhelmi, Rocio Soler Humanes, José Luis Fernández Serrano, Dieter Morales García, Miren García, Isabel Arranz, José M. Pinazo, José Manuel García Almeida, Rocío Fernández Jiménez, Lourdes Garrido Sánchez.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: La obesidad y la sarcopenia son condiciones frecuentemente asociadas con alteraciones metabólicas como la enfermedad del hígado graso no alcohólico o “Esteatosis Hepática Metabólica” (MASLD). Este estudio analiza la relación entre los niveles de masa muscular esquelética (SMM) y la gravedad de MASLD en individuos obesos, enfatizando la alta prevalencia de baja masa muscular en esta población.

Objetivo: Determinar la asociación entre baja masa muscular (según los criterios de SMM) y la gravedad de MASLD, mediante análisis estadístico.

Métodos: Este estudio transversal incluyó 75 individuos clasificados según SMM (0: masa muscular normal; 1: baja masa muscular). MASLD se clasificó en tres categorías (1, 2 y 3) según datos clínicos. Se utilizó una tabla de contingencia para analizar la distribución de MASLD entre los grupos de SMM y se aplicó la prueba exacta de Fisher para evaluar la significación estadística.

Resultados: De los 75 participantes, el 100% presentó obesidad (IMC >30) y riesgo de sarcopenia. Se observó baja masa muscular en el 71,6% de la población, lo que demuestra su alta prevalencia. A pesar de esto, la obesidad sarcopénica (definida por ESPEN/EASO) se detectó en solo el 4,5% de los participantes, mientras que la dinapenia (reducción de la fuerza de agarre manual) también se identificó en el 4,5%. La masa grasa alta estuvo presente en el 92% de los individuos, lo que indica un perfil de adiposidad predominante. Las evaluaciones de desempeño funcional mostraron una capacidad limitada, con solo el 3% cumpliendo los criterios para la prueba de levantarse de una silla durante 30 segundos y el 1,9% para la prueba 5STS (tabla 1). Entre aquellos con baja masa muscular, el 58,8% tenía MASLD grave (grado 3), en comparación con el 9,5% de los individuos con masa muscular normal (figura 1). La asociación entre la masa muscular baja y la gravedad de la MASLD fue estadísticamente significativa (prueba exacta de Fisher, $p < 0,001$) (tabla 2). Estos hallazgos resaltan los desafíos metabólicos y funcionales en esta población, enfatizando los riesgos para la salud asociados con la masa muscular reducida.

Conclusiones: La masa muscular baja se asocia significativamente con una mayor gravedad de la MASLD en individuos obesos. Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar la masa muscular para comprender y manejar mejor los riesgos metabólicos en esta población.

O-13

EFECTOS DEL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN LA PÉRDIDA DE PESO, LA INFLAMACIÓN Y ENZIMAS DE COLESTASIS: IMPLICACIONES EN LA FORMACIÓN DE COLELITIASIS

Álvaro Martínez Espí, Ginés Rodríguez Martínez, Andrés Balaguer Román, Alfonso Aliaga Rodríguez, Ignacio Sánchez Esquer, Álvaro Cerezuela Fernández De Palencia, Francisco Javier López Hernández, Adama Cissé, Bruno Ramos Molina, Maria Dolores Frutos Bernal.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Objetivo: Investigar el efecto del bypass gástrico laparoscópico en pacientes con obesidad patológica, evaluando la pérdida de peso, el estado proinflamatorio y los cambios en las enzimas de colestasis, así como su posible influencia en la formación de colelitiasis, a los 6 meses y un año después del procedimiento.

Material y método: Se llevó a cabo un estudio prospectivo unicéntrico en 81 pacientes sometidos a bypass gástrico laparoscópico entre enero de 2020 y octubre de 2024, ambos inclusive. A todos los participantes se les realizaron evaluaciones antropométricas y análisis clínicos para determinar los niveles de interleucina-6 (IL-6), proteína C reactiva (PCR) y enzimas hepáticas de colestasis (GGT, FA) al inicio del estudio, así como a los 6 y 12 meses posteriores a la intervención.

Resultados: Todas las variables analíticas y antropométricas estudiadas presentaron cambios significativos ($p < 0.05$) tanto a los 6 como a los 12 meses ($p = 0.002$). Las medidas antropométricas mostraron una reducción notable, con una mediana de pérdida total de peso (%TWL) del 26.95% a los 6 meses y del 34.35% a los 12 meses. En cuanto a la correlación, tanto el IMC como el %TWL mostraron una fuerte relación con la circunferencia de la cintura a los 6 y 12 meses ($R = -0.775$, $p < 0.00001$; $R = -0.644$, $p < 0.00001$). Asimismo, se observó una correlación entre la pérdida de peso y la disminución del estado proinflamatorio, medido mediante la PCR, a los 6 y 12 meses ($R = 0.34$, $p < 0.0001$). De manera similar, la pérdida de peso mostró relación con la variación de las enzimas hepáticas de colestasis. El %TWL se asoció con la elevación de la FA a los 6 y 12 meses ($R = -0.33$ y $R = -0.22$, respectivamente, $p < 0.02$), mientras que el IMC se correlacionó con el descenso de la GGT ($R = 0.2$ a los 6 y 12 meses, $p < 0.02$). Sin embargo, estos cambios no se asociaron significativamente ($p > 0.05$) con la aparición de colelitiasis a los 12 meses ($n=17$).

Conclusiones: Este estudio aporta evidencia sobre los beneficios del bypass gástrico laparoscópico, tanto en la pérdida de peso como en la reducción del estado proinflamatorio en pacientes con obesidad patológica. Además, aunque se identificó una correlación entre la pérdida de peso y la variación en las enzimas de colestasis, con una elevación de la FA y un descenso de la GGT, estos cambios no se asociaron con un aumento en la aparición de colelitiasis tras la intervención. Por ello, no se consideraría necesaria la realización de una colecistectomía profiláctica en el momento de la cirugía bariátrica. Estos hallazgos refuerzan la eficacia del bypass gástrico como una opción terapéutica para la obesidad patológica y subrayan la importancia de continuar investigando en este campo.

O-14

PATOLOGÍA DIGITAL: LA HERRAMIENTA QUE PERMITE ESTUDIAR EL EFECTO POTENCIAL DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HÍGADO

Alina Iuliana Onoiu¹, Lara Murray², Ylaine Gerardin², Geetika Singh², Vicente Cambra Cortés¹, Andrea Jiménez Franco¹, Carmen Guilarte¹, David Parada Domínguez¹, Jorge Joven Maried¹.

¹Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España; ²PathAI, Boston, Estados Unidos.

La obesidad mórbida es una condición compleja que favorece el desarrollo de la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) y su forma progresiva, la esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH), caracterizada por: inflamación, daño hepatocelular y fibrosis progresiva. La cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para lograr una pérdida de peso significativa y, a su vez, mejorar la histología hepática en pacientes con obesidad mórbida. La evaluación del daño hepático requiere la biopsia hepática; una técnica invasiva con limitaciones tanto en términos de accesibilidad como de precisión. La evaluación histológica para ensayos clínicos no puede ser la misma que se usa para el diagnóstico simple. Necesita ser reproducible, objetiva e incluso automatizada para capturar los cambios, muchas veces sutiles, que se esperan después de la cirugía.

Las herramientas que nos ofrecen la inteligencia artificial (IA) y la histología digital, superan las limitaciones de los métodos tradicionales. Este estudio evalúa el impacto de la gastrectomía vertical laparoscópica en el curso histológico de la MASH en pacientes con obesidad mórbida. Cuarenta y cuatro pacientes sometidos a una segunda intervención quirúrgica aproximadamente cinco años después de la intervención inicial facilitaron muestras hepáticas pareadas. En ambas intervenciones se empleó la misma técnica de extracción de las muestras de hígado. Procesamos las imágenes histológicas, previamente digitalizadas, con Liver Explore, una herramienta experimental basada en IA que mide características histológicas del tejido hepático, tipos celulares y distribución del colágeno. Usamos R Studio para comparar los cambios en los parámetros histológicos en ambas intervenciones, y así, evaluar los efectos a largo plazo de la intervención sobre la salud hepática.

Los resultados revelan una reducción significativa en la cantidad de grasa hepática. La esteatosis disminuyó considerablemente, mientras que en los hepatocitos “balonizados”, dicha disminución resultó menos uniforme en las diferentes zonas hepáticas.

La fibrosis disminuyó en el tiempo de estudio de forma significativa, pero no fue uniforme en todos los subtipos. La fibrosis periportal y septal disminuyeron, mientras que la fibrosis nodular aumentó tras la intervención.

En la segunda intervención, sorprende, el aumento de los polimorfonucleares que coincide con la drástica disminución de la esteatosis. Lo que sugiere una alteración en la respuesta inmunológica. Además, se observó una redistribución de las células inmunes, asociada a los diferentes subtipos de fibrosis y zonas hepáticas, indicando una reorganización de la respuesta inmune después de la pérdida de peso.

Nuestros resultados destacan los efectos de la cirugía en la salud hepática: contribuye a la reducción de la grasa hepática y ciertos tipos de fibrosis y remodela la respuesta de las células inmunes, posiblemente relacionada con los mecanismos de regeneración hepática. Nuestro estudio abre la puerta a la necesidad de investigar más a fondo el papel del sistema inmune, en particular los polimorfonucleares, en la evolución de la MASH y su remisión, lo que podría proporcionar información crucial para mejorar los tratamientos dirigidos a la recuperación del hígado.

O-15

BYPASS GÁSTRICO ROBÓTICO ASISTIDO CON LA PLATAFORMA HUGO™ RAS: EXPERIENCIA EN LOS PRIMEROS 15 CASOS

Raul Canovas De Lucas, Inmaculada Torrijo Gomez, Carla Leal, Mari Carmen Martinez Bagan, Jorge Febré Sanchez.

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.

Introducción: La cirugía bariátrica robótica ha surgido como una alternativa innovadora a las técnicas laparoscópicas convencionales, ofreciendo potenciales ventajas en ergonomía quirúrgica, precisión y seguridad. A pesar de estos beneficios, la cirugía robótica sigue infrutilizada en el campo bariátrico, principalmente debido a los altos costes asociados y a los desafíos técnicos. La nueva plataforma robótica Hugo™ RAS se presenta como una alternativa viable al sistema Da Vinci™, con el objetivo de aumentar la competencia en el mercado y reducir los costes.

Objetivo: Evaluar la experiencia clínica inicial y los resultados a corto plazo de las primeras 15 cirugías de bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) asistidas por el sistema Hugo™ RAS.

Material y métodos: Entre febrero y octubre de 2024, se realizaron 15 BGYR consecutivos asistidos con el sistema Hugo™ RAS de Medtronic en la Unidad de Cirugía Endocrina y Obesidad del Hospital Arnau de Vilanova. Los pacientes fueron seleccionados según los protocolos establecidos de cirugía bariátrica, sin aplicar criterios específicos de exclusión. Los cirujanos, con experiencia en procedimientos bariátricos laparoscópicos pero sin experiencia previa en sistemas robóticos, completaron un entrenamiento previo en el sistema Hugo™ RAS. Se analizaron los tiempos de acoplamiento y consola, complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, y la estancia hospitalaria. También se evaluaron aspectos técnicos como la colocación de trocares y la configuración de los brazos robóticos.

Resultados: El tiempo medio de acoplamiento fue de 6 minutos (rango: 5–8), y el tiempo medio en consola fue de 100 minutos (rango: 90–130). No se registraron complicaciones intraoperatorias ni conversiones a cirugía abierta o laparoscopia. En el postoperatorio no hubo complicaciones, y la estancia hospitalaria promedio fue de 1,7 días (rango: 1–3). La curva de aprendizaje mostró una mejora progresiva en los tiempos operatorios, con reducciones significativas después de los primeros cinco casos. Los desafíos iniciales, como colisiones entre brazos robóticos y ajustes en la colocación de trocares, fueron resueltos mediante refinamientos iterativos.

Conclusión: El sistema Hugo™ RAS parece ser una plataforma segura y efectiva para la realización de BGYR, logrando resultados iniciales comparables a los laparoscópicos y ofreciendo ventajas ergonómicas y técnicas comparado con los mismos. Los resultados hasta el momento sugieren que el sistema Hugo™ RAS es una alternativa prometedora para la cirugía bariátrica. Se requieren series más amplias y estudios a largo plazo para validar estos hallazgos y explorar su rentabilidad.

O-16

OBSTRUCCIÓN GÁSTRICA Y ESTALLIDO POR BALÓN INTRAGÁSTRICO

Natalia De La Puente Mota, Rocío González López, Gisela Navarro Quirós, Irene Vázquez González, Mariaclaudia Ocharán Puell, Abel García Melón, Patricia Lenza Trigo, Candela López Vázquez, Gema Alemán Santana, Olga Maseda Díaz.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

Objetivos: Presentar un caso clínico de una complicación poco frecuente del tratamiento de la obesidad y discutir el manejo terapéutico y riesgo del uso de balones intragástricos (BIG) en centros sin control sanitario

Material y métodos: Mujer de 62 años diabética tipo 2, asmática y obesa, acude a urgencias por cuadro de distensión abdominal y vómitos de 2 meses de evolución coincidente con colocación de BIG en centro privado sin control endoscópico. En el TC se describe BIG en posición antral obstructiva con dilatación gástrica masiva. Se decide retirada del dispositivo de manera endoscópica previa colocación de SNG, pero dada su inefectividad se acaba realizando con intubación. Durante la insuflación endoscópica la paciente empieza con inestabilidad hemodinámica y se realiza una laparotomía urgente por sospecha de estallido gástrico. Se objetiva un neumoperitoneo masivo, importante vertido gástrico, gran dilatación gástrica con paredes muy friables y una perforación de unos 10 cm en cara posterior gástrica a nivel de la curvatura menor. Debido a la descompresión abdominal y la inestabilidad hemodinámica se realiza una resección gástrica casi total, extracción del BIG y colocación de VAC. Pasadas 48h se revisa en quirófano objetivándose una fístula del muñón duodenal. Se realiza reconstrucción del tránsito en y de roux, tutorización del muñón duodenal, yeyunostomía y cierre de pared con malla supraaponeurótica. Tras esta segunda cirugía la paciente alcanzó un peso de 73kg pero con una posterior reganancia ponderal.

Discusión:

El BIG es un método empleado como terapia de puente en pacientes super obesos, considerándose un procedimiento seguro. Como complicaciones más habituales encontramos náuseas, vómitos y molestias abdominales. La obstrucción intestinal y el estallido gástrico, se consideran una rara entidad a tener en cuenta. El manejo adecuado de la obstrucción por balón incluiría la retirada de manera endoscópica y en su defecto la retirada de manera laparoscópica o abierta. Existen diversos tipos de BIG, en este caso consiste en una cápsula que se ingiere y que contiene el balón unido a un tubo fino que se rellena de líquido. Después de 16 semanas se vacía y se elimina por sí solo. Desde agosto de 2024 la "Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé" de Francia ha suspendido la distribución y uso de este tipo de balones debido al aumento del número de efectos adversos en los dos últimos años. Es importante señalar que los BIG se están utilizando sin control sanitario y a menudo se presentan como "soluciones milagrosas" sin una adecuada concienciación y evaluación integral del paciente.

Conclusiones: El BIG es una técnica segura y eficaz para la reducción de peso, pero no es una solución definitiva. Aunque el estallido gástrico es una complicación muy rara, su presentación puede conllevar serias complicaciones que requieren un manejo adecuado. La suspensión del BIG en Francia destaca la necesidad de un seguimiento riguroso y formación en el tratamiento de complicaciones. Es crucial, por lo tanto, conocer el manejo adecuado de las complicaciones y desarrollar estrategias efectivas y definitivas para tratar la obesidad a largo plazo.

O-17

GASTROPLASTIA ENDOSCÓPICA CON SUTURA (ESG-APOLLO) Y CON PLICATURA (POSE.2) EN PACIENTES CON OBESIDAD SEVERA (IMC>40KG/M²) QUE RECHAZAN CIRUGÍA. INDICACIONES Y RESULTADOS

Eduard Espinet Coll¹, Javier Nebreda Durán², Manoel Galvao Neto³, Patricia Díaz Galán¹, Franco Samaniego², Jorge Andrés Otero Pareja⁴, José Antonio Gómez Valero¹, Carmen Vila Lolo¹, Ana Bargalló García⁵, Domingo Bargalló Carulla².

¹Hospital Universitari Dexeus, Barcelona, España; ²Clínica Diagonal, Barcelona, España; ³Orlando Health Weight Loss and Bariatric Surgery Institute, Orlando, Estados Unidos; ⁴Clínica Sanitas-Cima, Barcelona, España; ⁵Hospital HM Nou Delfos, Barcelona, España.

Introducción: La cirugía bariátrica permanece como el tratamiento de elección y más eficaz a largo plazo para pacientes con obesidad severa (IMC>40kg/m²). La gastroplastia endoscópica es un tratamiento endoluminal novedoso y eficaz aceptado para pacientes con obesidad leve (IMC 30-40 kg/m²).

Objetivo: Estudiar las indicaciones, viabilidad, seguridad y eficacia de la gastroplastia endoscópica con sutura (ESG-Apollo) o con plicatura (POSE.2) en pacientes con obesidad severa (IMC>40kg/m²) en los que la cirugía haya sido rechazada o contraindicada.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo, con recogida prospectiva de datos. Se documentaron todos los pacientes consecutivos con obesidad severa grado III (IMC>40kg/m²) a los que se les practicó, durante los últimos 6 años, tratamiento mediante gastroplastia endoscópica con sutura (ESG-Apollo) o con plicatura (POSE.2).

Se detallaron el motivo del rechazo/contraindicación quirúrgica, la tasa de éxito técnico, las complicaciones intra/post-procedimiento, los efectos adversos mayores, los resultados de eficacia en pérdida de peso y la resolución de las comorbilidades mayores en un seguimiento a 12 meses. Secundariamente se compararon los resultados de eficacia entre ESG-Apollo vs POSE.2.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes (56.25% mujeres), edad media de 44.7 años (IQR 39, 49) con peso e IMC medios basales de 119.0kg (IQR 108.1, 133.2) y 43.34 kg/m² (IQR 40.1, 44.1).

El rechazo quirúrgico fue por decisión del paciente (78.12%), abdomen impenetrable (6.25%), laparotomías múltiples previas (6.25%), hernia abdominal gigante (3.12%), contraindicación anestésica (3.12%) y edad (3.12%)

El procedimiento endoscópico alcanzó un éxito técnico del 100% con una duración media de 55 minutos (IQR 40, 70).

No se documentaron complicaciones intra/postoperatorias ni efectos adversos mayores excepto un caso de sangrado menor intraoperatorio autolimitado.

A los 12 meses, se obtuvo una mediana de %TWL y %EWL de 16.6% (IQR 15.5, 22.1) y 36.2% (IQR 33.5, 50.3).

El 100% de pacientes presentaron un TWL>10% y el 97% de pacientes un EWL>25%. No se observaron diferencias significativas comparando ESG-Apollo (n=28, media %TWL=19.19%) vs POSE.2 (n=4, media %TWL=22.2%).

Obtuvimos una remisión del 51.22% de las comorbilidades mayores, con una resolución total de DLP, HTA, T2DM, SAOS y artropatías en 45.5%, 66.7%, 12.5%, 62.5% y 80.0% de los casos respectivamente.

Conclusiones: La gastroplastia endoscópica con sutura (ESG-Apollo) o con plicatura (POSE.2) puede postularse como una alternativa poco invasiva, viable, segura y eficaz en pacientes con obesidad severa (IMC>40kg/m²) cuando la cirugía esté contraindicada o el paciente la rechace.

O-18

EVALUACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL EN PACIENTES CON OBESIDAD GRAVE SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL DE LAS CARACTERÍSTICAS HEMODINÁMICAS, RADIOLÓGICAS E HISTOPATOLÓGICAS

Carlos Petrola Chacón, Ramon Vilallonga, Alba Rojano, Juan Manuel Pericas, Clara Pañella, Vanesa Flores, Iratxe Díez, Arturo Cirera, Andreea Ciudin, Itxarone Bilbao.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España.

Introducción: La obesidad es un factor clave en el desarrollo de la enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD). A medida que progresa la hipertensión portal (PHT), puede provocar una circulación hiperdinámica y complicaciones como varices esofágicas, encefalopatía y disfunción renal. En la NAFLD, la descompensación hepática puede ocurrir antes en comparación con otras enfermedades hepáticas crónicas. El estándar de oro para diagnosticar la PHT es la medición del gradiente de presión venosa hepática (HVPG), que es un procedimiento invasivo. Estudios previos sugieren que en pacientes con obesidad grave (OG), la gravedad de la fibrosis no siempre se alinea con la presencia de PHT. Sin embargo, la prevalencia de PHT en individuos con OG sigue sin estar clara y hay una falta de métodos no invasivos para evaluar la PHT. **Objetivos:** Este estudio tiene como objetivo evaluar las características hemodinámicas de la circulación portal en pacientes con OG y explorar la asociación entre la PHT y los hallazgos histológicos, clínicos y ecográficos. **Métodos:** Estudio transversal unicéntrico en el que se incluyeron pacientes con OG candidatos a cirugía bariátrica (IMC >35 kg/m² con comorbilidades o >40 kg/m²) que fueron tratados en la Unidad de Obesidad del Hospital Universitario Vall d'Hebron entre mayo de 2022 y febrero de 2024. La evaluación incluyó una historia clínica detallada, mediciones antropométricas, análisis de sangre, medición de la rigidez hepática (LSM) mediante FibroScan, evaluación de la PHT mediante HVPG y biopsia hepática transyugular para analizar fibrosis, esteatosis e inflamación. **Resultados:** Se incluyeron 61 pacientes, de los cuales el 58.1% eran mujeres, con una edad media de $49,6 \pm 10,2$ años y un IMC medio de $44,3 \pm 5,9$ kg/m². Se detectó PHT (HVPG >5 mmHg) en 8 pacientes (12.9%). Se observó LSM elevado ($>7,5$ kPa) en 33 pacientes (53,2 %), y se encontró fibrosis significativa ($\geq F2$) en 9 pacientes (14,5 %). No se observaron diferencias significativas entre los grupos PHT y no PHT en los parámetros FibroScan, incluidos LSM y CAP. Se observó una diferencia significativa entre el estadio de la fibrosis y la presencia de PHT ($p < 0.010$). No se observó diferencia significativa en relación al score Fib4 entre los pacientes con y sin PHT. Entre los pacientes con PHT, el 88.2% no mostró fibrosis (F0) en la biopsia, mientras que el 50% de los pacientes con LSM elevado no tenían fibrosis. **Conclusiones:** En esta cohorte, se encontró que el 12,9% de los pacientes con obesidad grave tenían PHT. No se observaron diferencias significativas entre los grupos PHT y no PHT en los parámetros FibroScan y las puntuaciones FIB-4. Se necesitan más investigaciones con un mayor tamaño muestral para comprender la relación entre obesidad grave, NAFLD e hipertensión portal.

O-19

LAS CONCENTRACIONES DE GRELINA ACILADA Y DESACILADA ESTAN DISMINUIDAS EN RATAS CON OBESIDAD SOMETIDAS A BYPASS GASTRICO MEJORANDO LA COMPOSICION CORPORAL Y EL PERFIL METABOLICO

Carlota Tuero, Victor Valenti, Fernando Rotellar, Sara Becerril, Amaia Rodriguez, Victoria Catalan, Francisco Javier Alvarez-Cienfuegos, Gema Fruhbeck.

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Objetivos: Determinar los cambios en los niveles totales de grelina y sus dos isoformas en ratas con obesidad inducida por dieta intervenidas mediante bypass gástrico (BPG) y evaluar su repercusión en la composición corporal y el perfil metabólico.

Material y métodos: Se determinó la composición corporal, el perfil metabólico y las concentraciones de grelina en 17 ratas Wistar con obesidad inducida por dieta sometidas a bypass gástrico (n=6) o cirugía sham (n=11). Los resultados se compararon con un grupo de ratas con alimentación controlada (n= 8).

Resultados: Las concentraciones de grelina total (TG) y grelina desacilada (DAG) se redujeron significativamente en las ratas con obesidad inducida por dieta en comparación con los controles (Figura 1). Además, las ratas sometidas a BPG mostraron niveles significativamente menores de DAG y grelina acilada (AG) en comparación con los otros dos grupos. Asimismo, las ratas operadas de BPG alcanzaron mejores resultados de peso con menor adiposidad y mejoría en los perfiles lipídico y glucémico (Tabla 1).

Conclusión: La reducción de las concentraciones de AG y DAG observada tras el BPG tiene un efecto beneficioso en ratas con obesidad inducida por dieta. La disminución de ambas isoformas reduce el apetito y la ingesta, y disminuye la lipogénesis, mejorando el peso corporal, la adiposidad y el perfil lipídico. Además, el descenso en los niveles de AG en este grupo, se relaciona con la mejoría en la sensibilidad a la insulina.

O-20

CAMBIOS EN LAS CONCENTRACIONES DE GRELINA TRAS PLICATURA GÁSTRICA Y GASTRECTOMIA VERTICAL Y SU CORRELACION CON LA COMPOSICION CORPORAL Y EL PERFIL METABOLICO EN RATAS

Carlota Tuero, Victor Valenti, Fernando Rotellar, Sara Becerril, Amaia Rodriguez, Victoria Catalan, Gema Fruhbeck.

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Objetivos: El objetivo del estudio fue analizar los cambios en la composición corporal y el perfil metabólico en ratas con obesidad inducida por dieta intervenidas mediante plicatura gástrica (GP) y gastrectomía vertical (SG) y correlacionar dichos resultados con los cambios en las dos isoformas de grelina.

Material y métodos: Se determinaron la composición corporal y las concentraciones de grelina acilada (AG) y grelina desacilada (DAG) en 171 ratas Wistar con obesidad causada por dieta, sometidas a cirugía sham, SG o GP. Comparamos los resultados con ratas con alimentación controlada.

Resultados: Las ratas intervenidas de SG presentaron menores concentraciones de DAG y grelina total (TG) en comparación con las intervenidas de sham y con alimentación controlada (Figura 1). Además, consiguieron mayor pérdida ponderal, menor adiposidad y mejor perfil metabólico que los otros dos grupos (Tabla 1). Por el contrario, las ratas intervenidas mediante GP no mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la cirugía. Solo se observaron diferencias significativas por la dieta. Las concentraciones de TA y DAG fueron significativamente mayores que en el grupo sham y en el de alimentación controlada.

Conclusiones: Las concentraciones de DAG y TG tras SG están reducidas y ello puede ser consecuencia de la resección del fundus gástrico durante el procedimiento quirúrgico. Este descenso, además, explica el incremento en la saciedad y la reducción en la ingesta que lleva a una adecuada pérdida ponderal en este grupo. Además, la disminución observada en los niveles de DAG puede reducir la lipogénesis y mejorar el perfil lipídico. Por el contrario, en el grupo de ratas intervenidas de GP el incremento en los niveles de TG y DAG observado puede ser consecuencia del balance energético negativo que aparece tras esta intervención y puede estar relacionado con los escasos resultados a largo plazo.

O-21

VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE CALIDAD DE VIDA DIGESTIVA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. FASE IV DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Victoria Carmona Gómez¹, Ana Isabel Pérez Zapata², Carolina Varela Rodríguez³, Pilar Gómez Rodríguez³, Cristina Alegre Torrado³, Javier Martínez Caballero³, Eduardo Ferrero Herrero³, Elias Rodriguez Cuéllar³.

¹Hospital Santa Bárbara, Puertollano, España; ²Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España; ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Objetivo: El objetivo de este estudio es diseñar, desarrollar y validar un cuestionario específico para evaluar la calidad de vida digestiva (CVD) en pacientes sometidos a cirugía bariátrica (CB), entendiendo la CVD como la percepción subjetiva de un individuo sobre el impacto que los trastornos gastrointestinales tienen en su bienestar físico, emocional, social y funcional.

Material y métodos: Este proceso se ha llevado a cabo en 4 fases. La fase I y II consistieron en una revisión bibliográfica y grupos de discusión de pacientes, así como un consenso de expertos (método Delphi). En la fase III se llevó a cabo un análisis cualitativo, creando un cuestionario preliminar, con ítems que valoran específicamente la CVD. Posteriormente, se realizó un análisis de comprensibilidad y relevancia, obteniendo el cuestionario final. Para finalizar, se realizó el pilotaje y análisis de sus cualidades psicométricas mediante diversos test estadísticos, como el alfa de Cronbach. Este proyecto cuenta con la aprobación del Comité Ético de nuestro centro y está subvencionado por la beca de investigación FUNSECO 2022.

Resultados: El pre-cuestionario fue evaluado en términos de pertinencia, comprensión y relevancia, eliminando ítems de difícil comprensión, irrelevantes o ambiguos, obteniendo finalmente el cuestionario final, con un total de 13 preguntas/ítems y 3 dimensiones: síntomas gastrointestinales, hábitos de vida alimentaria e impacto en las relaciones sociales. Se envió el cuestionario a 97 pacientes en la fase de pilotaje. Los síntomas GI más frecuentes fueron: aerofagia (12.2%) y flatulencias (20.2%). El 15.6% presentó empeoramiento en la consistencia y frecuencia de las heces, el 18.9% afirmó presentar frecuentemente dolor abdominal en relación con las comidas, así como un 24.7% refirió vómitos. Un 8.5 % refirió ansiedad moderada en relación con el deseo de comer y un 2% ansiedad extrema. Con respecto a las relaciones sociales, el 18% refirió incomodidad en situaciones que implican comer en público, el 13.7% refirió sentir ansiedad al realizar actividades sociales que implican comer, el 20% que sus restricciones alimentarias limitan su capacidad para participar en eventos sociales y el 25% se han sentido presionados por familiares o amigos/as para modificar su ingesta alimentaria. La CVD había empeorado en el 13% de los pacientes tras la cirugía. A día de hoy, el 81% catalogaron su CVD buena/muy buena, frente al 4.4% que la señaló mala/muy mala y el 12% regular. Se calcularon las propiedades psicométricas, entre las que destaca un alfa de Cronbach de 0.868, lo que nos sugiere una buena consistencia interna.

Conclusiones: Los resultados obtenidos reflejan que, a pesar de que la percepción global de CVD es favorable en la mayoría de casos, un porcentaje significativo experimenta alteraciones gastrointestinales y dificultades en la esfera social relacionadas con esta sintomatología. La validación de este cuestionario específico ha permitido la obtención de un instrumento válido y fiable, con consistencia interna óptima, constituyendo una herramienta adecuada para evaluar específicamente la CVD en población intervenida de CB, pudiendo aplicarlo en el seguimiento clínico y en futuras investigaciones dirigidas a optimizar el manejo de estos pacientes.

0-22

ANÁLISIS DE RESULTADOS PONDERALES DE CIRUGÍA BARIÁTRICA A LARGO PLAZO. EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN NUESTRO CENTRO.

Ariadna Cidoncha Secilla, Noelia Perez Romero, Montse Adell Trape, Christian Jose Herrero Vicente, Alexis Ludovico Luna Aufroy.

Corporació Sanitari Parc Tauli, Sabadell, España.

Objetivo: El objetivo de este estudio es analizar cómo diferentes factores como el sexo, la edad, la técnica quirúrgica o el IMC pueden influir en el TWL (total weight loss) o porcentaje total de pérdida de peso (%PTPP) tanto los primeros meses como a lo largo del tiempo en base a nuestra experiencia en los últimos 10 años.

Material y métodos: Análisis retrospectivo en una serie de 717 pacientes sometidos a cirugía bariátrica, excluyendo pacientes sometidos a cirugía revisional e hipoabsortiva, evaluando el TWL a lo largo del tiempo (hasta los 10 años en algunos casos). Se comparan: sexo, grupo de edad (<30, 30-50, >50 años), técnica quirúrgica (Bypass gástrico vs Sleeve gastrectomy) e IMC (<45, 45-50, >50).

Resultados:

- **Sexo y edad:** No se encontraron diferencias significativas en el TWL entre sexos durante el seguimiento. En cambio, sí que se encontraron diferencias significativas en el TWL entre diferentes grupos de edad hasta los 60M de seguimiento, evidenciando una mayor pérdida de peso mantenida en el grupo de <30 años y entre 30 a 50 años respecto a los >50 ($p<0.05$)
- **Técnica Quirúrgica:** Se encontraron diferencias significativas entre By pass gástrico y Sleeve con un mayor TWL a favor del By pass gástrico que se mantiene hasta los 60M ($p<0.05$) en el análisis de toda la muestra. En el análisis del grupo con IMC <45, no se encontraron diferencias significativas entre Bypass y Sleeve hasta los primeros 18M de seguimiento, consiguiéndose la máxima pérdida ponderal entre los 12 y 18M en ambas técnicas; resultados parecidos a los publicados en la bibliografía. Sin embargo, a partir de los 18M, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el TWL a favor del By pass gástrico, las cuales se mantuvieron en los hasta los 48M.
- **IMC:** se encontró un mayor TWL en el grupo IMC >50 los primeros 48m respecto a los otros grupos. El grupo IMC<45 presenta un menor TWL. A partir de 48 meses el TWL se estabiliza en todos los grupos. El bypass gástrico muestra un mayor TWL mantenido en el tiempo respecto el Sleeve, sobre todo en IMC >45 ($p<0.05$).

Conclusiones: Los resultados sugieren que el tipo de cirugía y el IMC influyen en la evolución del TWL, favoreciendo al Bypass en términos de mayor pérdida de peso, sobretodo en IMC>45. En cuanto al sexo, en nuestra muestra no parece tener un impacto significativo, al contrario que la edad, evidenciándose una mayor pérdida de peso en pacientes < 50 años, resultados similares a los publicados en la bibliografía. En base a estos resultados y a nuestra experiencia en los últimos 10 años, estos hallazgos pueden ayudar a optimizar la selección de la técnica quirúrgica según los objetivos a largo plazo.

O-23

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON HERNIA DE PARED ABDOMINAL CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA: RESULTADOS DE LA CIRUGÍA SINCRÓNICA SEGÚN EL ABORDAJE ANTERIOR Y LAPAROSCÓPICO

Mayra Abad, Sofia Jaume, Alejandro Bravo, Marc Beisani, Montserrat Villatoro, Carmen Serra, Albert Godoy, Manuel Pera, David Benaiges, Anna Casajoana.

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción: La prevalencia de hernias de pared abdominal en pacientes con obesidad oscila entre el 10% y el 30%. Aunque se recomienda evitar la cirugía de la hernia abdominal en estos pacientes, no existe consenso sobre su estrategia terapéutica en pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

Objetivos: Evaluar los resultados de cirugía bariátrica sincrónica con cirugía de la hernia de pared abdominal tras la implementación de un protocolo de actuación en pacientes con hernia abdominal candidatos a cirugía bariátrica. Comparar el abordaje anterior (AA) y laparoscópico (AL) de la hernia abdominal en términos de seguridad, complicaciones y recurrencia a corto plazo.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica sincrónica a la cirugía de hernia de pared abdominal entre junio de 2006 y julio de 2023 en un mismo centro. Inicialmente, la mayoría de las cirugías se realizaron con AA, tras el análisis de recurrencia precoz en este grupo, implementamos un protocolo de actuación consensuado con la unidad de cirugía bariátrica y pared abdominal para estos pacientes, recomendando el AL. Para evaluar la seguridad de la implantación del protocolo, comparamos ambos abordajes considerando datos antropométricos, técnica quirúrgica, tiempo operatorio, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias y recurrencia herniaria.

Resultados: De 945 pacientes operados de cirugía bariátrica, en 36 pacientes se realizó de forma sincrónica la cirugía de hernia de pared abdominal. Los datos incluyen pacientes con una edad media de 51 años, 75% mujeres, el índice de masa corporal (IMC) medio de 47,5kg/m² [36-68]. Todos presentaban una hernia de línea media, 17 pacientes con hernia primaria (42,2%) y 19 con hernia incisional (52,7%), la media del orificio herniario fue de 4,7cm. La intervención de cirugía bariátrica en 17 pacientes fue bypass gástrico (47%), 18 gastrectomía vertical (50%) y a 1 paciente se hizo una cirugía de conversión de GV a SADIS (2%). A 30 pacientes se les realizó la cirugía de pared abdominal sincrónica según AA y en 6 AL. En cuanto a la técnica y malla, en el grupo AA, a 25 pacientes (70%) se les colocó una malla preperitoneal, en el grupo AL se realizó la técnica IPOM plus predominantemente. El grupo AL presentó mayor tiempo operatorio en comparación al grupo AA [4h y 3,5h, respectivamente (p=0.02)], pero una menor estancia hospitalaria [3,8 y 5,3 días, respectivamente (p= 0,248)], aunque no fue significativa. En ambos grupos se observó 1 caso de infección del sitio quirúrgico. A un año de seguimiento, se registraron 4 recurrencias en el grupo AA, con una media de aparición de 5 meses tras la cirugía, sin recurrencias en el grupo AL. El riesgo de recurrencia se asoció a mayor IMC y edad avanzada.

Conclusiones: La cirugía bariátrica sincrónica a la cirugía de pared abdominal según AA y el AL es segura. La AL muestra una menor estancia hospitalaria y menor recurrencia que el grupo AA a 1 año tras la cirugía. La implantación del protocolo de cirugía bariátrica y pared abdominal ha permitido establecer una estrategia en estos pacientes para optimizar su tratamiento.

O-24

¿INFLUYEN LOS ANÁLOGOS DEL GLP-1 EN LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA?

Xabier Muriel De Juan, Amador García Ruiz De Gordejuela, María Iraola Fernández De Casadevante, Lorena Arrabal Agüera, Emma Eizaguirre Letamendia, Laura Martí Gelonch, Eunate Martínez De Rituerto Zeberio, Miren Josebe Padilla Otamendi, Leire Guerrico Tome, Raúl Jiménez Agüero.

Hospital Donostia, San Sebastián, España.

Introducción: Los fármacos análogos del péptido-1 similar al glucagón (aGLP-1) fueron inicialmente diseñados para tratar la diabetes tipo 2 y sus comorbilidades; sin embargo, actualmente, están en auge como tratamiento de la obesidad, siendo una medida aparentemente eficaz en la reducción de peso a corto y medio plazo. Aunque la cirugía metabólica y bariátrica (CMB) ha mostrado ser el tratamiento más efectivo a largo plazo de la obesidad y sus complicaciones, recientes estudios y guías clínicas plantean el uso de los aGLP1 como tratamiento primario, como terapia neoadyuvante o coadyuvante a la cirugía.

Objetivos: Analizar si la toma de aGLP-1 de forma preoperatoria asocia diferencias en la pérdida ponderal postquirúrgica (TWL), y si la toma de dichos fármacos asocia complicaciones postoperatorias (PO).

Material y métodos: Se ha llevado a cabo una revisión retrospectiva y unicéntrica de una cohorte de pacientes intervenidos de CMB entre los años 2019-2024, comparando dos grupos dentro de la misma: los que tomaron fármacos aGLP-1 como tratamiento previo a la CMB (G1) frente a los que no lo hicieron (G2).

Resultados: Se analizaron un total de 193 pacientes: 128 mujeres (66,3%) y 65 hombres (33,7%), que presentaban una edad media de 48,47 años (37,96-58,98), con diferentes enfermedades asociadas (32 (16,6%) fumadores activos, 14 (7,3%) consumidores de enol, 68 (35,2%) diabéticos, 92 (47,7%) hipertensos, 40 (20,7%) dislipémicos, 88 (45,6%) con síndrome de apnea del sueño) de los cuales 129 (66,8%) no tomaron aGLP1 previo a la cirugía y 62 (32,1%) sí lo hicieron (46 semaglutida y 30 liraglutida). Se realizaron 164 bypass gástricos, 27 gastrectomías verticales y 2 SADI-S. 29 (15%) pacientes presentaron complicaciones postquirúrgicas.

No se vieron asociaciones estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto a las complicaciones PO ($p=0,318$), ni en cuanto a la pérdida ponderal PO (TWL a los 12 meses PO [G1: 30,02Kg (27,59-32,47); G2: 31,19Kg (29,53-32,84)] $p=0,448$ y TWL a los 24 meses PO [G1: 28,5Kg (24,77-32,24); G2: 30,87Kg (28,71-33,03)] $p=0,259$).

Conclusiones: Parece que la toma de aGLP1 de forma preoperatoria no asocia diferencias en la evolución de la pérdida de ponderal tras la CMB en nuestra serie. El número limitado de casos, el seguimiento a 2 años, y el desconocimiento del grado de adherencia a los tratamientos pueden ser limitaciones para estos resultados.

O-25

CIRUGÍA METABÓLICA COMO TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD NEUROGÉNICA EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR

Albert Caballero Boza¹, Jordi Tarascó¹, Pau Moreno¹, Eva Martínez¹, Silvia Pellitero¹, Claudia Teixidó², Cristian Figueroa², Jose Balibrea¹.

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España; ²Institut Guttmann, Hospital de Neurorehabilitació, España.

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad de la cirugía metabólica en pacientes con lesión medular.

Evaluar el impacto de la pérdida de peso en la composición corporal y funcionalidad.

Material y métodos: Evaluamos una cohorte retrospectiva de 530 pacientes con lesión medular en un Centro Nacional de Neurorrehabilitación. El 38% de los pacientes presentaban IMC >30kg/m² y el 60% tenía uno o más factores de riesgo cardiovascular.

Seleccionamos en esta cohorte un grupo de pacientes que tenían los criterios de inclusión para cirugía bariátrica. Realizamos cirugía metabólica en 12 pacientes que cumplieron los criterios de IMC >30 y porcentaje de grasa corporal >25% para hombres y >30% para mujeres.

Siete pacientes fueron sometidos a SG robótica y cinco a RYGB robótico.

La mediana de peso fue de 120 kg, la mediana de IMC de 40 kg/m² y la mediana de % de grasa de 58.

Resultados: Hemos realizado un seguimiento de 6 meses de los primeros 12 pacientes intervenidos con los siguientes resultados. Edad media: 53 años, 80% lesiones torácicas ASIA A. Mediana de %TWL en los primeros 12 meses de seguimiento es 34,6. En los primeros 6 meses el análisis de Bioimpedancia muestra un 33,7% de grasa. Sin embargo también muestra sarcopenia. La evaluación de la fuerza máxima y la escala FIM no muestran cambios significativos entre el pre y el postoperatorio. Las complicaciones incluyen 1 hemoperitoneo que necesita reintervención, 2 úlceras por presión en etapa subaguda, 1 absceso perianal. Estancia hospitalaria: 4 días. Rehabilitación ambulatoria: 1-2 semanas.

Los resultados muestran buenas puntuaciones en las pruebas de calidad de vida y autonomía durante el primer año de seguimiento.

Conclusiones: La cirugía metabólica combinada con un programa de rehabilitación específico es segura y una buena opción terapéutica para el manejo de la obesidad severa en pacientes con lesión medular.

O-26

IMC PREQUIRÚRGICO Y POSTQUIRÚRGICO COMO FACTORES DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE RGE TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL

Angela Fernández Jimenez Jimenez, José Antonio Aragón Encina, Ander Bengoechea Trujillo, Marian Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Introducción: La gastrectomía vertical es la técnica bariátrica más empleada a nivel mundial. Su complicación más frecuente a medio – largo plazo es el reflujo gastroesofágico (RGE), con una incidencia que oscila entre 0% y 36%.

Objetivo: Relacionar el IMC prequirúrgico y postquirúrgico con la incidencia de RGE de novo en pacientes bariátricos intervenidos mediante gastrectomía vertical.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de los pacientes intervenidos por obesidad sin RGE previo mediante gastrectomía vertical en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz entre 2015 y 2019, con un seguimiento de 3 años. En total, se recogieron los datos de 201 pacientes.

Resultados: El porcentaje de aparición de RGE de novo entre los pacientes intervenidos de nuestro estudio fue del 24,3%.

No se observaron diferencias significativas en las medias ni medianas del IMC prequirúrgico con el desarrollo de RGE. Sin embargo, al estudiar diferentes puntos de corte a partir de los cuales el IMC preoperatorio se puede considerar un factor de riesgo para el desarrollo de RGE, el factor 'IMC Preoperatorio mayor de 42', resultó ser estadísticamente significativo ($W=4.31$, $p=0.038$), duplicando la probabilidad de su aparición (odds ratio 2,15).

En cuanto al IMC postquirúrgico, no alcanzar un IMC < 30 se asoció significativamente con mayor incidencia de RGE (odds ratio 5,56). Los pacientes con IMC > 30 presentaron una media de RGE de 32,05 frente a 30,65 en quienes lograron un IMC < 30, siendo esta estadísticamente significativa.

Conclusiones: El IMC prequirúrgico > 42 y postquirúrgico > 30 son factores de riesgo independientes para el desarrollo de RGE tras gastrectomía vertical.

O-27

LA LAPAROSCOPIA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Leire Guerrico Tome, Maria Iraola Ferandez De Casadevante, Lorena Arrabal Agüera, Amador Garcia Ruiz De Gordejuela, Miren Josebe Padilla Otamendi.

Hospital Donostia, San Sebastián, España.

Introducción: El dolor abdominal crónico posterior a la cirugía bariátrica presenta diversos desafíos diagnósticos y terapéuticos. El diagnóstico diferencial es amplio y la laparoscopia diagnóstica y terapéutica es una técnica bien establecida.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar las indicaciones, proceso diagnóstico y hallazgos de la laparoscopia exploradora en pacientes con dolor abdominal crónico post-cirugía bariátrica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes postoperados de cirugía bariátrica que se sometieron a una laparoscopia exploradora en 2024 en nuestro centro para el diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal crónico. Este estudio incluyó 6 pacientes.

Resultados: Se incluyen un total de 6 pacientes sometidos a cirugía bariátrica previa (5 BGYR y 1 OAGB) entre los años 2014 y 2023 con dolor abdominal crónico. En el estudio radiológico previo 2 pacientes presentaban hernia interna del espacio de Pettersen, 1 paciente presentaba dilatación del intestino delgado a nivel del pie de asa y 3 de ellos no presentaban hallazgos patológicos. Todas las laparoscopias mostraron algún hallazgo: tres hernias internas del espacio de Pettersen, un divertículo de Meckel, una dilatación de asa ciega del pie de asa y una estenosis de anastomosis gastro-ileal, realizándose la cirugía pertinente en cada uno de ellos (reducción de hernia y cierre del espacio, resección de divertículo de Meckel, resección del asa ciega y nueva anastomosis gastroeyunal). Después de un seguimiento promedio de 7 meses, cinco de los seis pacientes (83%) experimentaron resolución del dolor y uno de ellos mejoría. No ha habido complicaciones y todos los pacientes fueron dados de alta a las 24-48h.

Conclusiones: El dolor abdominal crónico posterior a la cirugía bariátrica se asocia a desafíos diagnósticos y terapéuticos. La laparoscopia diagnóstica, que es un procedimiento seguro, puede detectar hallazgos patológicos en más de la mitad de los pacientes con dolor abdominal crónico de etiología desconocida después de una cirugía bariátrica.

O-28

COMPOSICIÓN CORPORAL POR ECOGRAFÍA EN PACIENTES CON OBESIDAD. IMPLICACIONES EN RIESGO CARDIOMETABÓLICO Y DERIVACIÓN A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Marta Calbo, Olga Rossell, Laia Dachs, Júlia Bonet, Andrea Jover, Sònia March, Francisco De Cabo, Silvana Di Gregorio, Gerardo Aguilar-Soler, Guillem Cuatrecasas.

CP Endocrinología i Nutrició SLP, Barcelona, España.

Introducción: La derivación a Cirugía Bariátrica (CB) se basa en una única medida antropométrica: el índice de masa corporal (IMC) (>40 o $>35\text{kg/m}^2$ con comorbilidades asociadas). El uso de la composición corporal por bioimpedancia (BIA), y más recientemente por ecografía, permite estratificar el riesgo cardiometabólico de pacientes con obesidad (principalmente por la grasa omental y perirenal) y permite afinar los criterios quirúrgicos.

Material y métodos: Se analizaron las características de la primera visita de 2224 pacientes de la Unidad de Obesidad (UDO) entre los años 2023 y 2024: 32% Hombres (H) y 68% Mujeres (M), con una edad media de $51,98\pm 14,64$ años (18-84). El IMC medio fue $33,88\pm 5,58\text{kg/m}^2$ y el perímetro de cintura $116,82\pm 11,7\text{cm}$ (H) y $106,5\pm 13,07\text{cm}$ (M). El índice cintura/altura medio fue $0,66\pm 0,08$ (patológico $>0,5$). La clasificación por EDMONTON fue 2 (mediana) y las comorbilidades más frecuentes fueron dislipemia (11%), Diabetes Mellitus tipo 2 (10,4%), hipertensión arterial (9,8%), esteatosis hepática (EH) (2,2%) y SAOS (2,2%).

Se realizaron pruebas de composición corporal mediante (1) bioimpedancia (Inbody 230©) para la obtención de % masa muscular (MM) y % grasa; (2) ecografía (Mindray DC-80A©) para la obtención de grosor de la grasa subcutánea total (GST) (superficial y profunda), grasa preperitoneal (GPP), grasa omental (GO), grasa perirenal (GPR), las longitudes X e Y y el área (A) del recto femoral en el punto medio del muslo derecho y (3) Elastografía hepática/Fibroscan© para valorar esteatosis/fibrosis hepática.

Resultados: El % de grasa medio obtenido es de $37,6\pm 6,42$ (H) (patológico $>30\%$) y $46,09\pm 6,01$ (M) (patológico $>38\%$). El 52% de los hombres y 76% de las mujeres clasificados con sobrepeso (IMC $25-29,9\text{kg/m}^2$) tienen en realidad Obesidad.

Las mediciones de la grasa son: GST $30,96\pm 11,06\text{mm}$ (M y H); GPP $7,19\pm 3,59\text{mm}$ (H y M); GO $83,22\pm 28,63\text{mm}$ (H) (patológico $>54\text{mm}$) y $57,01\pm 26,72\text{mm}$ (M) (patológico $>37\text{mm}$); GPR $23,77\pm 8,25\text{mm}$ (H) (patológico $>22\text{mm}$) y $15,37\pm 7,2\text{mm}$ (M) (patológico $>17,5\text{mm}$). Un 87% de los hombres y un 53% de las mujeres con sobrepeso presentan una GO patológica. Un 45% de los hombres y un 16% de las mujeres con sobrepeso presentan una GPR patológica.

Existe un grado de fibrosis hepática media F1 ($7,42\pm 1,58\text{ kPa}$) y esteatosis severa (CAP $300,93\pm 56,36$).

El % MM es $35,15\pm 3,84$ (H) (patológico $<37\%$) y $29,54\pm 3,35$ (M) (patológico $<30\%$). La ratio X/Y es $2,95\pm 0,75$ (H) (patológico $>4,63$) y $3,57\pm 1$ (M) (patológico $>4,95$). El área en relajación es de $8,99\pm 3,6\text{cm}^2$ (H) (patológico $<3,48\text{cm}^2$) y $8,11\pm 8,73\text{cm}^2$ (M) (patológico $<2,97\text{cm}^2$).

Conclusiones: La obesidad debe definirse por el % de grasa corporal, no solamente por el IMC. La composición corporal por ecografía es útil para estratificar el riesgo cardiometabólico y permite establecer nuevas prioridades para derivación quirúrgica. De todas las comorbilidades, la enfermedad hepática está muy infradiagnosticada y mal clasificada. La ecografía muscular demuestra la poca prevalencia de sarcopenia valorando la calidad y cantidad del músculo, incluso en aquellos pacientes que aparentemente presentan menor % MM.

O-29

EXPERIENCIA Y RESULTADOS INICIALES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA AMBULATORIA

Marc Beisani, David Benaiges, Carme Serra, Montse Villatoro, Mar Gassó, Adrian Fernandez, Maite Carrasco, Carolina Claveria, Albert Goday, Anna Casajoana.

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Objetivos: La cirugía bariátrica ambulatoria (CBA) constituye una alternativa para optimizar recursos hospitalarios y mejorar la experiencia del paciente, manteniendo la seguridad y eficacia del procedimiento. El presente estudio tiene como objetivo describir y analizar la experiencia inicial en la implementación de un programa de CBA en nuestro centro.

Material y métodos: En el presente estudio observacional prospectivo se incluyen todos los pacientes operados con intención ambulatoria en nuestro centro desde su implementación. Los pacientes propuestos para el régimen de CBA en nuestro centro se selecciona en el Comité Multidisciplinar en función de sus características basales y situación sociofuncional, con el objetivo de minimizar los riesgos perioperatorios y garantizar la atención adecuada en caso de requerir asistencia en domicilio. Las intervenciones se realizan por vía laparoscópica, sin modificaciones respecto a los pacientes en régimen de hospitalización. Tras la recuperación posanestésica, los pacientes pasan al área de cirugía ambulatoria y, si cumplen los criterios establecidos, se trasladan a su domicilio el mismo día. Durante la primera noche disponen de un teléfono de atención directa y, durante la mañana siguiente, reciben la visita de un equipo de enfermería especializada. El resultado principal del estudio es el traslado del paciente a su domicilio el mismo día de la intervención. Los resultados secundarios incluyen la morbimortalidad postoperatoria, así como las consultas precoces (menos de 48h tras el alta) y los reingresos.

Resultados: Entre enero 2023 y enero 2024 se intervinieron 18 pacientes en régimen de CBA. La edad media fue de 46 (± 8) años y 14 (77,8%) eran mujeres. Preoperatoriamente, 5 (27,8%) pacientes presentaban diabetes tipo 2, 9 (50%) hipertensión arterial y 8 (44,4%) síndrome de apnea-hipopnea del sueño, de los cuales 4 (50%) usaban terapia de presión positiva continua (CPAP). El índice de masa corporal medio preoperatorio fue de 40,9 kg/m². Se realizó una gastrectomía vertical en 11 (61,1%) pacientes y un bypass gástrico en 7 (38,9%). El programa pudo completarse con éxito en 14 (77,8%) casos. Hubo 3 consultas precoces por inadecuado control del dolor o intolerancia oral, requiriéndose en una ocasión reingresar a la paciente. No se registraron complicaciones graves, reintervenciones ni mortalidad.

Conclusiones: Nuestra experiencia inicial sugiere que la implementación de un programa de cirugía bariátrica ambulatoria es factible y seguro en una población de pacientes seleccionados.

O-30

BYPASS GÁSTRICO DE 1 ANASTOMOSIS A MEDIO PLAZO (>5 AÑOS): EL REFLUJO BILIAR NO PARECE SER UN PROBLEMA

Miguel Ángel Escartí Usó¹, Alberto Bordallo Cortina², Ana Celeste Garrote Gimeno², Alba Calvo Herrero².

¹CLINICAS INTRAOBES. HOSPITALES HLA LA VEGA, MONCLOA, VISTAHERMOSA., VALENCIA, España; ²CLINICAS INTRAOBES. HOSPITALES HLA LA VEGA, MONCLOA Y VISTAHERMOSA., VALENCIA, España.

Antecedentes: El bypass gástrico de una anastomosis (OAGB) es la tercera técnica más realizada en todo el mundo actualmente. La reconstrucción Billroth II del OAGB genera inquietud por el riesgo de reflujo biliar e -hipotéticamente- incluso malignización a largo plazo. ¿Qué datos podemos extraer de nuestra experiencia?

Objetivo: Estudiar la necesidad de cirugía por reflujo alcalino refractario al tratamiento médico en comparación con otras complicaciones que requirieron cirugía, en nuestra serie de OAGB con datos a >5 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a OAGB como cirugía primaria en nuestro centro (recogida prospectiva de los datos). Revisamos las indicaciones de reintervención de los OAGB (cirugía de revisión y urgencias) pasados al menos 3 meses desde la cirugía primaria.

Este período de 3 meses nos permite excluir los casos de torsión funcional con debut > 1 mes y <3 meses, que consideramos perioperatorios.

No incluimos indicaciones de cirugía relacionadas con la pérdida de peso (colelitiasis, cirugía reparadora, etc) o con el abordaje laparoscópico (eventraciones).

Incluimos en el estudio los OAGB con seguimiento de > 5 años (cirugías realizadas hasta 2020). En este período hemos realizado 491 OAGB. De ellos, tenemos un seguimiento adecuado a 5 años de 352 casos (71.7%).

Las indicaciones de cirugía de revisión y urgencias, realizadas en nuestro centro u otros hospitales, pero bien recogidas en nuestra base de datos, han sido las siguientes:

Indicación de cirugía revisional o de urgencia	Número de casos	%
Pérdida insuficiente de peso	8*	2.3 %
Úlcera de boca perforada (3) (+ 1 sospecha no confirmada y 1 absceso intrabdominal para-anastomótico drenado con cirugía)	5	1.5 %
Pérdida excesiva de peso	4	1.4 %
Reflujo biliar con broncoaspiraciones refractario a tto	2	0.7 %
Úlcera de boca anastomótica no perforada (diagnóstico endoscópico +, 1 hemorragia de repetición y 1 dolor recurrente, sin perforación)	2	0.7 %
Hernia interna	1	0.3 %

**De los 352 casos, si incluimos los 7 reoperados y los que cumplen criterios de reintervención por pérdida de peso inadecuada, suman -a 5 años- 21 pacientes (6.0%).*

Conclusiones: Aunque la serie es de un solo centro y limitada, los resultados concuerdan con otros publicados, y sugieren que el reflujo biliar no parecen ser un problema de incidencia significativa en los OAGB. En nuestra experiencia, el reflujo biliar requiere un manejo estrecho e intensivo (dieta, fármacos, control de otros factores) que es exitoso en la inmensa mayoría de casos. En nuestra serie, el elemento determinante que lleva a la cirugía de revisión y conversión a BPG Y-Roux, es la presencia de broncoaspiraciones de repetición secundarias al reflujo alcalino nocturno.

O-31

EVALUACIÓN DE LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Julia Loyola Miró, Alessandro Bianchi, Bernardino Barceló Martin, Ana María Escriva Torralva, Margalida Campaner Payeras, Gemma Gutiérrez Cañadas, Jose Antonio Martínez Córcoles, Francisco Javier González Argente, Alberto José Pagan Pomar.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Objetivos: Describir los niveles plasmáticos de fármacos antidepresivos y eutimizantes, con el fin de evaluar la biodisponibilidad y la variabilidad en la absorción de estos medicamentos en pacientes con cirugías hipoabsortivas o bypass gástrico, con el objetivo de justificar si la reagudización de los síntomas depresivos en el postoperatorio podría estar relacionado con unos niveles plasmáticos subterapéuticos.

Material y métodos:

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo, realizado en 26 pacientes adultos intervenidos de cirugía bariátrica, mediante técnicas hipoabsortivas o restrictivas, entre enero de 2013 y enero de 2024. Se tomaron muestras de sangre al menos 8 meses después de la cirugía para medir las concentraciones plasmáticas de topiramato y fármacos antidepresivos y adyuvantes, mediante cromatografía de líquidos acoplada a espectrometría de masas en tándem (LC-MS/MS).

Los datos han sido analizados mediante estadística descriptiva, reportando las medias y desviación estándar (DE) de las concentraciones plasmáticas del fármaco o de su principio activo.

Se han utilizado los valores terapéuticos de referencia y semivida de eliminación ($t_{1/2}$), publicados por la Guía de consenso de expertos para la monitorización terapéutica de neuropsicofarmacología.

Resultados:

FÁRMACO	N	MEDIA (DE)	T _{1/2} (h)	VALORES NORMALES
Fluoxetina + N-desmetilfluoxetina	10	190,2 (93,2)	4-15 días	120-500 ng/mL
Topiramato	7	5,2 (3,2)	19-23	2-10 mcg/mL
Trazodona	6	293 (168,7)	4-11	700-1000 ng/mL
Sertralina	3	4,2 (5,9)	22-36	10-150 ng/mL
Amitriptilina + Nortriptilina	3	12,7 (4,04)	18-44	80-200 ng/mL
Escitalopram	3	17,7 (6,5)	27-32	15-80 ng/mL
Duloxetina	3	10,8 (12)	9-19	30-120 ng/mL
Paroxetina	2	16,5 (14,8)	12-44	20-65 ng/mL
Pregabalina	2	0,9 (1,2)	6	2-5 mcg/mL
Mirtazapina	2	16 (11,3)	20-40	30-80 ng/mL
Citalopram	1	80	38-48	50-110 ng/mL
Bupropion + 10Hidroxibupropion	1	90	10-47	850-1500 ng/mL
Venlafaxina + O-desmetilvenlafaxina	1	557	10-20	100-400 ng/mL

Conclusiones: Fármacos como Trazodona, Amitriptilina, Duloxetina o Sertralina presentaron concentraciones por debajo de lo esperado, lo que podría indicar alteraciones en la absorción tras la cirugía bariátrica y resalta la importancia de evaluar la farmacocinética de estos fármacos.

Por el contrario, fármacos como Fluoxetina, Escitalopram y Topiramato mostraron niveles dentro del rango normal, lo que sugiere que no todos los medicamentos se ven afectados por la cirugía bariátrica de la misma manera. Posiblemente la elevada $t_{1/2}$ de la fluoxetina, justifica que los niveles no se vean tan afectados por cambios en la biodisponibilidad secundarios a la cirugía.

Para los fármacos Citalopram, Bupropion y Venlafaxina, los datos provienen de un único paciente, por lo que los resultados no pueden considerarse representativos de la población en su totalidad. Esto limita la capacidad de realizar comparaciones y sacar conclusiones generales sobre la biodisponibilidad de estos fármacos en pacientes bariátricos.

Con estos resultados, se plantea realizar un estudio prospectivo que evalúe concentraciones plasmáticas de dichos fármacos, así como una valoración de la sintomatología depresiva, ambas antes y después de la intervención.

O-32

CAMBIOS EN LA ABSORCIÓN INTESTINAL EN UN MODELO EXPERIMENTAL MURINO DE CIRUGÍA ILEAL

Borja Herrero De La Parte¹, Amador García Ruiz De Gordejuela¹, Inmaculada Ruiz Montesinos¹, Ana Paula Riverola Aso², Fátima Sabench Pereferrer³, Ignacio García-Alonso Montoya¹.

¹Departamento de Cirugía y Radiología y Medicina Física. Universidad del País Vasco, Leioa, España; ²Hospital Donostia, San Sebastián, España; ³Universitat Rovira i Virgili. Facultad de Medicina, Reus, España.

Objetivos: Las cirugías ileales surgen como alternativas a las cirugías hipoabsortivas por su potencial efecto metabólico equivalente y menor afectación disabsortiva. Hemos desarrollado un modelo experimental murino para evaluar el efecto de las cirugías ileales, concretamente el Single Anastomosis Sleeve Ileal Bypass (SASI). La primera parte del trabajo evalúa el efecto de diferentes procedimientos bariátricos sobre la absorción intestinal de xilosa. La xilosa es un metabolito que se ha utilizado previamente en nuestro grupo para la evaluación de absorción en modelos de isquemia-reperusión intestinal.

Métodos: Se ha diseñado un estudio experimental en ratas WAG/RijHsd macho adultas. Se han dispuesto 3 grupos experimentales: 6 animales en el grupo control (ningún procedimiento sobre los animales), 8 animales en el grupo Gastrectomía Vertical (GV) y 7 animales en el grupo SASI. En el grupo GV se realizó una exéresis de aproximadamente el 60% del estómago. En el grupo SASI tras realizar la GV se realizó una anastomosis latero-lateral manual en el antro gástrico a unos 50cm de la válvula ileocecal (aproximadamente 50% del intestino delgado del animal). Tras las cirugías los animales se mantuvieron con dieta libre, y fueron sacrificados a los 14 días. Previo al sacrificio, se administró por vía oral 1mL de solución de xilosa con una concentración de 0,615 g/mL, y se tomaron muestras de bioquímica por punción de la aorta. El trabajo ha sido aprobado por el Comité de Ética de nuestro centro.

Resultados: Todos los procedimientos fueron realizados por 2 únicos experimentadores. Los animales tenían un peso medio de 314g (DE 26,8) en el grupo GV, y 303gr (DE 35,3) en el grupo SASI. Los animales del grupo GV perdieron el 4% TWL, y los del grupo SASI 13% (p<0,001). Los animales perdían más peso durante los primeros 7 días, quedando estabilizado entre el 7^º y el 10^º día postoperatorio, y con ligero ascenso de peso hasta el momento del sacrificio. Tras analizar los resultados del test de absorción de xilosa, el grupo control presentó una absorción de 1,19 mg/dL (DE 0,014), SG 0,83 mg/dL (DE 0,044) y SASI 0,66 mg/dL (DE 0,069). Se objetivaron diferencias significativas entre los tres grupos entre sí, 40% entre control y GV, y 20% entre GV y SASI.

Conclusión: El modelo de cirugía ileal evaluado permite reproducir estos procedimientos en los animales de experimentación utilizados. Se objetiva pérdida ponderal significativa, pero sólo durante los primeros 7 días. Se objetiva una reducción de la absorción de la xilosa en el grupo SASI, pero no tan intensa como la observada al comparar el grupo control con el GV.

0-33

GESTION Y RESULTADOS DE LA CONSULTA DE PREHABILITACIÓN EN UNA UNIDAD DE CIRUGIA BARIATRICA

Coro Miranda Murua, Rebeca Sancho Sanz, Concepción Yarnoz Irazabal, Carlos Chaveli Diaz, Erik González Tolaretxipi, Inés Eguaras Córdoba, Alberto Piñera Diaz.

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: La prehabilitación preoperatoria ha demostrado ser una de las medidas más eficaces antes de la cirugía bariátrica. En nuestra Unidad, tras una primera visita médica se deriva a la consulta de prehabilitación desarrollada por una enfermera y una dietista nutricionista quienes establecen upautas de alimentación, ejercicio físico y fisioterapia respiratoria que van evaluando hasta que consideran la correcta adhesión al plan de cuidados. El número de consultas de prehabilitación (NCPRHB) es variable a decisión de los responsables de la consulta

Objetivo: Evaluar la actividad de la consulta de prehabilitación de cirugía bariátrica en el período 2017-2024

Material y métodos: Serie prospectiva, consecutiva de 211 pacientes.

Variables a estudio: sexo, edad, peso-0 e IMC-0 (valor en 1ª consulta médica), NCPRHB, demora primera consulta enfermería (DPCE) (tiempo entre 1ª consulta médica y 1ª de enfermería), duración en días de prehabilitación (DPRHB) (tiempo entre 1ª y última consulta enfermería), peso perdido, %peso perdido % IMC perdido. En pacientes con obesidad extrema y estrategia de cirugía en dos tiempos se midió también los datos antes de segunda intervención: nº consultas 2T, peso perdido 2T, % peso perdido 2T, %IMC perdido 2T

El estudio estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS (statistics 25), descriptivo y de frecuencias, tablas de contingencia para variables cualitativas, test de Kruskal Wallis y de correlación de Spearman para variables no paramétricas. Nivel de significación $p < 0,005$.

Resultados: 68% mujeres, edad media 52,9 (24-72 DS 10,169). La mediana de peso 0 es 123,8 (AI 30,9) kgr, con incremento significativo a lo largo de los años ($p = 0,032$). Mediana de IMC-0 45 (AI 9) sin diferencias a lo largo de los años.

La mediana DPCE es de 28 días, siendo en 2017 13 días y en 2024 70 días ($p = 0,00$). La mediana de DPRHB fue de 119 días con diferencias significativa entre años ($p < 0,005$).

La mediana de consultas realizadas es 5 (2-16 AI 6) con más consultas en el inicio del programa. Hemos encontrado correlación inversa y significativa entre el incremento de consultas y pérdida ponderal (coeficiente de correlación -0,14) ($p = 0,042$).

	Mediana	Mínimo	Máximo	AI
Peso perdido	3	-7	12	8
%peso perdido	1,92	-6	8	4
%imc perdido	2,014	-12	9,62	7,63

16,2% fueron tratados con estrategia de cirugía en dos tiempos: mediana IMC 55 (AI 8). Tras la gastrectomía vertical la mediana de % de peso perdido es 21,90 (AI 12) y %IMC perdido es 27,71 (AI 11,56) $p = 0,000$. La media de duración de 2º tiempo de prehabilitación es 279 días (139-1204) sin diferencias entre los años ($p = 0,20$.) No hay correlación entre el número de consultas y el %peso perdido en 2 tiempo de prehabilitación.

Conclusiones: La pérdida ponderal en el programa de prehabilitación es discreta

Hay correlación negativa entre prolongación del programa de prehabilitación y pérdida ponderal.

Con los años se ha incrementado el tiempo DPCE y la duración del programa, perdiendo su eficacia y suponiendo mayor consumo de recursos.

La estrategia de cirugía en dos tiempos es beneficiosa para los pacientes con obesidad extrema.

O-34

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE SADI-S CON 300CM AC Y BGYR CON 150CM ABP Y 150 AA, EN DIFERENCIAS PESO, MEJORA COMORBILIDADES Y CALIDAD DE VIDA

Jose Vicente Ferrer Valls¹, Patricia Vila Sabater¹, Ester Martín Almenta², Esteban Martín², Alberto Hernández³, Alexis Luna³, Ángel Sanahuja¹, Miguel Oviedo¹, Jose Andrés Mateo¹, Claudio Lazzara¹.

¹Clínica Obésitas, Valencia, España; ²Clínica Obésitas, Madrid, España; ³Clínica Obésitas, Barcelona, España.

Objetivo: Comparar los efectos del Bypass Gástrico en Y de Roux (BGYR) y la Derivación Duodeno-Ileal con Gastrectomía Vertical (SADI-S) en la pérdida de peso y la resolución de comorbilidades en pacientes intervenidos a los 12, 18 y 24 meses post-cirugía.

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo con 40 pacientes sometidos a BGYR y a SADI-S. Se analizaron variables demográficas, evolución del IMC y la presencia de comorbilidades preoperatorias como hipertensión, diabetes y colesterol. Se utilizó la prueba T-Student para muestras independientes ($p < 0,05$) (1). El SADI-s se realizó con derivación duodeno-ileal a 300 de válvula ileocecal y GV sobre sonda de 36 FR. El BGYR con pouch 5x4,5 cm, AA 150 y ABP 100.

Resultados: La edad de ambos grupos se muestra en la tabla I. El IMC inicial en el BGYR fue de 44.2 ± 6.3 , reduciéndose a 27.6 ± 4.2 a los 18 meses ($t = -2.80$, $p = 0.007$) y a 26.7 ± 4.1 a los 24 meses ($t = -1.81$, $p = 0.077$). En SADI-S, el IMC inicial fue de 44.1 ± 7.9 , 29.2 ± 4.1 a los 18 meses ($t = -2.80$, $p = 0.007$) y 27.8 ± 3.9 a los 24 meses ($t = -1.81$, $p = 0.077$). La resolución de la DM fue mayor para el grupo de SADI-S (5,9%) frente al BGYR (18,7%) La resolución de la HTA y la dislipemia, fue similar en ambos grupos (Tabla 2). El grupo de SADI-s precisó mayor soporte de vitaminas liposolubles.

Conclusiones: No se identificaron diferencias significativas en la reducción del IMC ni en la resolución de comorbilidades entre los pacientes intervenidos con BGYR y SADI-S. Sin embargo, los pacientes sometidos a SADI-S mostraron una mayor reducción de comorbilidades a los 24 meses, lo que sugiere un posible beneficio metabólico (1).

Grupo	IMC Inicial	IMC 18 meses	IMC 24 meses	% SPP 18 meses	% SPP 24 meses
BGYR	44.2 ± 6.3	27.6 ± 4.2	26.7 ± 4.1	85.0	89.2
SADI-S	44.1 ± 7.9	29.2 ± 4.1	27.8 ± 3.9	82.6	86.4

Tabla 1: Comparación de IMC y %SPP entre BPG y SADI-S

	Bypass Gástrico			SADI-S		
	Previo	18 meses	24 meses	Previo	18 meses	24 meses
Diabetes Mellitus tipo II	35.0%	22.5%	18.7%	29.4%	17.6%	5.9%
Dislipemias	40.0%	10.0%	7.5%	50.0%	12.5%	10.0%
Hipertensión arterial	40.0%	12.5%	10.0%	56.2%	17.5%	15.0%

Tabla 2: Comorbilidades previas y a los 18 y 24 meses de pacientes intervenidos de BPG y SADI-s.

Bibliografía:

1. Rubino F, Nathan DM, Eckel RH, Schauer PR. Metabolic effects of different bariatric procedures: a comparative study. *Obes Surg.* 2021;31(4):2154-2162. doi:10.1007/s11695-020-05070-5.

O-35

INFLUENCIA DE LA LONGITUD DEL ASA COMÚN EN LA MEJORÍA DE LA MALABSORCIÓN PROTEICA, VITAMÍNICA Y SUS CONSECUENCIAS DERIVADAS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA

Margalida Campaner Payeras, Alessandro Bianchi, Julia Loyola Miró, Jose Antonio Martínez Córcoles, Myriam Fernández Isart, Francisco Javier González Argente, Alberto Jose Pagan Pomar.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Objetivos: La derivación biliopancreática es un procedimiento quirúrgico malabsortivo que ha demostrado ser altamente eficaz para lograr una pérdida de peso sostenida y la resolución de comorbilidades a largo plazo.

Este procedimiento se basa en limitar la absorción de grasas a una porción relativamente corta del intestino delgado. Como resultado, se produce una malabsorción selectiva de grasas, lo que, a su vez, conlleva una malabsorción de vitaminas liposolubles, originando esteatorrea y otros efectos adversos relacionados.

Nuestro objetivo es determinar como el aumento en la longitud del asa común en la derivación biliopancreática reduce la malabsorción vitamínica y la desnutrición proteica. Disminuyendo, a su vez, la aparición de esteatorrea y sus complicaciones asociadas, como la patología anal sintomática. Mejorando, de esta manera, la calidad de vida de los pacientes sometidos a dicha intervención.

Material y métodos: Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de los datos, comparando los resultados de dos grupos de pacientes intervenidos por el mismo equipo quirúrgico. Los pacientes fueron divididos en función de la longitud del asa común realizada en la intervención (50 cm en un grupo y 80 cm en el otro). Los resultados fueron evaluados al menos tres años después de la realización del procedimiento.

Resultados: Analizamos una muestra de 121 pacientes sobre un total de 342 intervenciones realizadas entre los años 2000 a 2020. A 75 pacientes se les realizó un asa común de 50 cm y al 46 restante de 80cm. Se mantuvo la misma suplementación en ambos grupos, con una adherencia al tratamiento del 100% y del 88%, respectivamente. Se objetivó un mayor porcentaje de desnutrición proteica en el grupo con una longitud menor del asa común (25% de los casos tuvieron hipoalbuminemia y hasta el 48,4% hipoproteïnemia) en contraposición a un 11,6% y 4,3% en el grupo comparativo. Además, se registró una mayor malabsorción de vitaminas liposolubles en el grupo con un segmento de 50cm (déficit de vitamina A del 71,2%, déficit de vitamina D del 84,9%, déficit de vitamina E del 59,1%, déficit de vitamina K del 15,6%) en comparación al grupo con un segmento de 80cm (déficit de vitamina A del 9,3%, déficit de vitamina D del 28,2%, déficit de vitamina E del 4,5%, déficit de vitamina K del 0%). Finalmente, vinculado al elevado número de deposiciones diarias, se registró un mayor porcentaje de pacientes con patología anal sintomática en el grupo con un asa común más corta, afectando al 63,3% de los casos frente al 21,7% en el grupo con el segmento más largo.

Conclusiones: La longitud del asa común en los pacientes intervenidos de derivación biliopancreática tiene un impacto directo en la aparición de desnutrición proteica, así como en la malabsorción de grasas y vitaminas liposolubles. Además, se encuentra estrechamente relacionada con el desarrollo de patología anal sintomática. En este sentido, aumentar la longitud del asa común puede generar efectos beneficiosos, al reducir las consecuencias adversas y comorbilidades asociadas a la intervención, lo que contribuye a una mejora en la calidad de vida de estos pacientes.

O-36

REDUCCIÓN ENDOSCÓPICA DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO (TORE) EN LA REGANANCIA PONDERAL POST-RYGB. PATRÓN DE SUTURA CLÁSICO “INTERRUMPIDO” VS “PURSE-STRING”

Eduard Espinet Coll¹, Javier Nebreda Durán², Patricia Díaz Galán¹, Franco Samaniego², Carmen Vila Lolo¹, José Antonio Gómez Valero¹, Matías Cioffi¹, Manoel Galvao Neto³.

¹Hospital Universitari Dexeus, Barcelona, España; ²Clínica Diagonal, Barcelona, España; ³Orlando Health Weight Loss and Bariatric Surgery Institute, Orlando, Estados Unidos.

Introducción: La reganancia de peso post-RYGB responde a una etiología multifactorial, mayormente desconocida, aunque un factor mecánico relacionado es la dilatación de la anastomosis gastro-yeyunal (GYA).

La reducción de la GYA mediante sutura endoscópica podría ser una alternativa segura y eficaz para estos pacientes. Tradicionalmente se ha realizado un patrón de sutura múltiple “interrumpida”.

Objetivo: Determinar la viabilidad, seguridad y eficacia de la reducción endoscópica del vaciamiento gástrico (TORe con OverStitch-Apollo®) mediante el patrón clásico de sutura “*interrumpida*”, y comparándolo con un nuevo patrón de suturas “*purse-string*”.

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo de serie de pacientes sometidos previamente a RYGB y que presentan reganancia ponderal con dilatación de la GYA, a los que se practicó TORe con un dispositivo endoscópico de sutura transmural (OverStitch-Apollo®).

Se pretendía reducir el diámetro de la anastomosis cuando se encontraba dilatada (>15mm) a un diámetro <12mm y, adicionalmente, también el tamaño del reservorio gástrico cuando éste se encontraba agrandado (>5cm). Se comparó la técnica clásica de sutura “*interrumpida*” con el nuevo método de “*purse-string*”.

Parámetros técnicos: Se documentó el éxito técnico, la duración y la seguridad del procedimiento (complicaciones intra/postoperatorias y según clasificación Clavien-Dindo). Se contabilizó el porcentaje de reducción de la GYA y del reservorio gástrico, así como el número de suturas utilizadas. Parámetros clínicos: tolerancia (medida con escala EVA a 24-h, 7-días, 3-meses y 6-meses), pérdida de peso a 6 meses y costos del procedimiento.

Resultados: Patrón “interrumpido”: 15 pacientes. Disminución media del diámetro de la GYA de 36mm a 9mm (reducción del 75%) con una media de 2.5 suturas. Disminución media del tamaño del reservorio de 7.2cm a 4.7cm (reducción del 34.72%) con una media de 2.7 suturas.

Éxito técnico del 100%. Duración media: 50min. Seguridad: 1 efecto adverso menor (sangrado autolimitado intraoperatorio), Clavien-Dindo grado I en todos los casos. Tolerancia: EVA: 3 a 24h y 0 a partir de 7 días. Coste: 2.797 euros.

Eficacia: pérdida media de 12.3kg, 11.1%TWL, 28.4%EWL y 4.63kg/m².

Patrón “*purse-string*”: 4 pacientes. Disminución media del diámetro de la GYA de 20mm a 9mm (reducción del 55%) con una sola sutura. Disminución media del tamaño del reservorio de 8.0cm a 6.0cm (reducción del 25.0%), con una media de 2.0 suturas.

Éxito técnico del 100%. Duración media: 55 min. Seguridad: no efectos adversos, Clavien-Dindo grado I en todos los casos. Tolerancia: EVA: 2.25 a 24h y 0 a partir de los 7 días. Coste: 2.331 euros. Eficacia: pérdida media de 12.5 kg, 11.2%TWL, 28.4%EWL y 4.38kg/m².

Conclusión: En aquellos pacientes con reganancia ponderal tras RYGB, la reducción endoluminal del vaciamiento gástrico mediante sutura endoscópica transmural (TORe con OverStitch-Apollo) parece una opción viable, segura y eficaz a corto plazo.

En nuestra experiencia, el nuevo patrón de sutura “*purse-string*” no parece presentar diferencias significativas con respecto al patrón clásico de sutura “*interrumpida*”, aunque requerirá estudios mayores y a más largo plazo.

O-37

CUANDO LA GASTROPLASTIA ENDOSCÓPICA FALLA... ¿ES VIABLE EL REDO-ENDOSCÓPICO O ES PREFERIBLE SU REVISIÓN A CIRUGÍA? INDICACIONES, ASPECTOS TÉCNICOS Y RESULTADOS

Eduard Espinet Coll¹, Juan Carlos Rodríguez Duque², Jonathan Jerez Ortiz³, Andrés José Del Pozo-García⁴, Jaime Bernabéu López⁵, María Muñoz Tornero⁶, Javier Nebreda Durán⁷, Manoel Galvao Neto⁸.

¹Hospital Universitari Dexeus, Barcelona, España; ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España; ³Clínica SOM, Quito, Ecuador; ⁴Hospital Viamed Santa Elena, Madrid, España; ⁵Hospital HLA Santa Isabel, Sevilla, España; ⁶Hospital Viamed San José, Murcia, España; ⁷Clínica Diagonal, Barcelona, España; ⁸Orlando Health Weight Loss and Bariatric Surgery Institute, Orlando, Estados Unidos.

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica recurrente. La gastroplastia endoscópica (ESG-Apollo) ha demostrado ser un método eficaz a corto-medio plazo en pacientes con obesidad leve grado I-II. A pesar de ello, algunos pacientes pueden presentar pérdida subóptima o reganancia de peso.

Objetivo: Estudiar la viabilidad, seguridad y eficacia de la resutura (Redo-ESG). Determinar las situaciones preferibles de Redo-ESG vs revisión quirúrgica.

Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, retrospectivo de serie de casos, evaluando viabilidad (éxito técnico), seguridad (incidencias intraoperatorias y complicaciones) y eficacia (%TWL y %EWL a 12 meses) de Redo-ESG.

Los resultados se diferencian según los siguientes parámetros: 1. Indicación de Redo, 2. Grado de reducción previo, 3. Patrón de suturas, 4. Lugar de suturas, 5. Número de suturas, 6. Número de puntos, 7. Duración del procedimiento. Ello nos permitirá establecer los parámetros predictivos para valorar los candidatos a Redo-endoscópico vs revisión quirúrgica.

Resultados: Seis endoscopistas experimentados realizaron 25 Redo-ESG, transcurridos un tiempo medio de 20 meses [r=3-62] tras ESG-primaria, persistiendo 2.25 [r=1-6] suturas y un %TWL medio de 7.25%.

Previo al Redo-ESG, los pacientes presentaban un IMC medio de 34.43 kg/m² [IQR 24.7-47.6]. Tras Redo-ESG, en un seguimiento medio de 17 meses [r=1-60], obtuvimos un %TWL medio añadido del 10.81% [r=0-38.8%]. El 52% de pacientes tratados presentaron un %TWL>10% y un %EWL>25%. El procedimiento fue viable en todos los casos (100%), evidenciando 2 incidencias: una tendencia a sangrado intraoperatorio y una hematemesis autolimitada.

La principal indicación fue reganancia de peso (56%), seguido de *plateau* (28%), no WL (12%) y otras (4%).

Encontramos diferencias significativas ($p<0.05^*$) en eficacia según:

- La indicación*: Reganancia > no WL > *plateau* (%TWL 13.8%>8.0%>6.0%)
- El lugar de suturas*: Overlap > mixto > fundus (%TWL 12.1%>8.7%>6.3%).

No encontramos diferencias significativas en eficacia según:

- Grado de reducción previa: leve>ausente>moderada
- Patrón de suturas: Triangular>"Z">"U"
- Número de suturas: media=3.76 [3-6]
- Número de puntos: media=33 [17-65]
- Duración: media=55 minutos [33-110]

Conclusión: La posibilidad de realizar Redo-ESG por endoscopistas expertos es una estrategia viable y segura. Su máxima eficacia radica en aquellos casos con reganancia ponderal y mediante patrón de superposición de suturas. Los pacientes sin pérdida de peso o pérdida *plateau* tras ESG primaria serían los mejores candidatos a revisión quirúrgica.

	Prevalencia (%)	Eficacia (%)
Indicación		
Reganancia	56%	%TWL=13.8%*, %EWL=42.7%*
No pérdida de peso	12%	%TWL=8.0%, %EWL=27.0%
Plateau	28%	%TWL=6.0%, %EWL=26.6%
Otras	4%	%TWL=9.6%, %EWL=42.1%
Grado de reducción previa		
Ausente	20%	%TWL=11.2%, %EWL=33.8%
Leve	48%	%TWL=11.4%, %EWL=35.0%
Moderada	32%	%TWL=9.7%, %EWL=38.4%
Severa	0%	
Patrón de suturas		
Triangular	4%	%TWL=38.8%, %EWL=81.1%
"U"	60%	%TWL=7.6%, %EWL=26.9%
"Z"	24%	%TWL=14.9%, %EWL=47.1%
Otros	12%	%TWL=9.3%, %EWL=46.8%
Lugar se suturas		
Overlap	64%	%TWL=12.1%*, %EWL=40.4%*
Mixto	28%	%TWL=8.7%, %EWL=28.3%
Fundus	4%	%TWL=6.3%, %EWL=20.7%
Otros	4%	%TWL=9.6%, %EWL=42.1%
Número de suturas		
3	56%	%TWL=9.3%, %EWL=30.2%
4	16%	%TWL=12.6%, %EWL=43.1%
5	24%	%TWL=13.5%, %EWL=41.2%
6	4%	%TWL=7.7%, %EWL=65.2%
Número de puntos		
<20	12%	%TWL=18.2%, %EWL=53.5%
20-30	40%	%TWL=6.6%, %EWL=22.6%
>30	48%	%TWL=12.4%, %EWL=43.3%
Duración (min)		
<45	33.3%	%TWL=12.6%, %EWL=42.3%
45-60	44.4%	%TWL=7.3%, %EWL=24.0%
>60	22.2%	%TWL=10.4%, %EWL=41.1%
TOTAL	100%	%TWL=10.8%, %EWL=36.3%

* $p < 0.05$

O-38

TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL AL ESPAÑOL DE LOS MÓDULOS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA OBESIDAD DEL CUESTIONARIO BODY-Q

Marc Beisani¹, Clara Amat², Ana Portillo-Van Diest², Carme Serra¹, Montse Villatoro¹, David Benaiges¹, Albert Goday¹, Anna Casajoana¹, Olatz Garin², Yolanda Pardo².

¹Hospital del Mar, Barcelona, España; ²Hospital del Mar Research Institute, Barcelona, España.

Objetivos: El *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) ha publicado recientemente el conjunto básico de indicadores para pacientes que conviven con obesidad, incluyendo los resultados reportados por el paciente (*patient reported outcome measures* o PROMs) que se recomienda recoger sistemáticamente. En relación con la calidad de vida específicamente relacionada con la obesidad, se propone administrar 6 de los módulos incluidos en el cuestionario BODY-Q (función social, función física, función psicológica, función sexual, imagen corporal y conducta alimentaria). El objetivo del presente estudio es la traducción y adaptación transcultural a nuestro entorno de estos módulos.

Material y métodos:

Cada uno de los 6 módulos del cuestionario BODY-Q seleccionados por ICHOM como conjunto básico de PROMs relacionados con la obesidad explora una dimensión específica, conformando un total de 48 ítems (10 ítems en el de función social, 7 ítems en el de función física, 10 ítems en el de función psicológica, 5 ítems en el de función sexual, 7 ítems en el de imagen corporal y 9 ítems en el de conducta alimentaria). Tras disponer de las licencias pertinentes, se ha procedido a la traducción y adaptación transcultural de acuerdo a la sistemática recomendada por la *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (ISPOR): 1) Preparación del material; 2) Doble traducción directa; 3) Conciliación de las traducciones directas; 4) Traducción inversa (retro-traducción); 5) Revisión de la traducción y retro-traducción y elaboración de un consenso; 6) Análisis de la comprensibilidad mediante entrevistas cognitivas a pacientes; 7) Inclusión de las sugerencias y la aprobación final por los autores del cuestionario. El proceso ha sido supervisado por un comité de expertos compuesto por dos expertas en desarrollo y validación de PROMs y cuatro profesionales clínicos con diferentes perfiles en el área. Se ha evaluado la equivalencia semántica y conceptual de ambas versiones.

Resultados: Se presentará la versión traducida y adaptada culturalmente a nuestro entorno de los 48 ítems que forman los 6 módulos del cuestionario BODY-Q incluidos en el conjunto básico de datos recomendado por ICHOM.

Conclusiones: Las versiones españolas de los 6 módulos de calidad de vida específicamente relacionada con la obesidad del cuestionario BODY-Q son equivalentes semántica y conceptualmente a los instrumentos originales. Sus propiedades psicométricas serán evaluadas en una fase posterior de este estudio.

0-39

UNA ENCUESTA DIRIGIDA A LOS HOSPITALES DE NIVEL II QUE DISPONGAN DE UNIDADES DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Nicolás Garriga Rodríguez, Maria Batlle Figueres, Arantxa Rada Palomino, Mauro Valentini.

Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers, España.

Actualmente estoy desarrollando la Tesis Doctoral:

- Título: Es posible y segura la implementación de la cirugía bariátrica y metabólica en hospitales de nivel II-2 a nivel nacional?
- Director tesis: Dr.Ramón Vilallonga Puy
- Co-Director tesis: Amador García Ruiz de Gordejuela

Objetivos:

- Demostrar que la implementación de la cirugía bariátrica y metabólica es posible y segura en los hospitales de Nivel II nacionales.
- Evaluar una metodología efectiva y segura para iniciar la cirugía bariátrica y metabólica en un hospital de Nivel II
- Evaluar los resultados iniciales obtenidos en el Hospital General de Granollers siguiendo esta "vía clínica".

En el próximo XXVI Congreso de la SECO en Reus, me gustaría poder presentar y hacer difusión de:

- Una encuesta dirigida a los hospitales de Nivel II que dispongan de unidades de cirugía bariátrica para poder analizar las dificultades técnicas, los recursos materiales y los equipos humanos de que han dispuesto a la hora de iniciar la cirugía bariátrica y metabólica en sus centros para así poder compararlos con el "gold standard" que se pretende.
- Esta encuesta pretende evaluar los puntos en común y las dificultades específicas que encuentran estos centros a la hora de iniciar los programas de Cirugía Bariátrica y Metabólica.

Creo que será una buena oportunidad para hacer difusión de la encuesta y de buen seguro podré tomar nota de sugerencias de mis colegas.

O-40

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PREOPERATORIAS DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y HERNIA DE HIATO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Oier Aizpurua Olabe, Ines Eguaras Cordoba, Concepción Yarnoz Irazabal, Alberto Piñera Diaz, Miryam Malo Barriopedro, Irati Perez Otermin, Erik Gonzalez Tolaretxipi, Carlos Chaveli Diaz, María Del Coro Miranda Murua.

Hospital de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y la hernia de hiato (HH) son entidades frecuentes y de difícil manejo en los pacientes con obesidad que van a ser sometidos a una cirugía bariátrica. El estudio sistemático y controlado mediante pruebas preoperatorias (PPCC) como el estudio endoscópico o el tránsito baritado permiten optimizar la actitud quirúrgica en función de los resultados.

Objetivo: Evaluar la rentabilidad de las PPCC solicitadas en el circuito de pacientes de cirugía bariátrica respecto a clínica de ERGE y hernia de hiato.

Material y métodos: Estudio retrospectivo basado en una base de datos prospectiva de 219 pacientes a los que se les ha realizado una intervención quirúrgica bariátrica (Bypass, SADI-S, Gastrectomía vertical) entre 2017-2025. Se analizan los resultados clínicos y los hallazgos en PPCC y las estrategias terapéutica establecidas en relación con los resultados obtenidos en el estudio prequirúrgico.

Las variables cuantitativas se han expresado en mediana y en amplitud intercuartil (AI) y las cualitativas en porcentajes. Se han analizado la correlación entre el tamaño de la hernia de hiato de la gastroscopia y el tránsito preoperatorio mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: Se han intervenido 219 pacientes (150 mujeres,69 hombres), mediana de edad de 55 años (AI 18.5), mediana de BMI 45 (AI 9)

De ellos, el 17,4 % presentaban clínica de ERGE, DM 42.2 %, Hiperlipidemia 45.1 %, HTA 58.8 % y SAHOS 59.8 %.

De los cuales, 60,25 %(132) intervenidos de BG, 39.7% (87) de SADI-S en 1 o 2 tiempos

Tabla 1 Estudio preoperatorio en el circuito de bariátrica

	Hernia de hiato	Exploración normal
Estudio endoscópico	24.15%	75.5%
Estudio radiológico	41.3%	58.7%

La prevalencia de clínica de ERGE en el estudio preoperatorio ha sido de 17.4% de los cuales el 7.8% presentan resultado patológico en la phmetría.

Se ha realizado exploración laparoscópica del hiato en el 2.7 % de los pacientes de la serie global y 15.7% de los que presentaban clínica de ERGE.

En cuanto a la correlación entre los hallazgos del tránsito y gastroscopia, hay una alta correlación, con un índice de correlación de Pearson de 0.974, siendo este valor estadísticamente significativo

Conclusión: La prevalencia de clínica de ERGE en el estudio preoperatorio ha sido de 17.4% de los cuales el 7.8% presentan resultado patológico en la phmetría. Por ello, la reparación hiatal ha sido excepcional en pacientes que presentan hernia de hiato.

Existe una correlación positiva, estadísticamente significativa, entre el hallazgo y las dimensiones de hernia hiatal objetivada en el estudio endoscópico y radiológico en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Hay una prevalencia baja de ERGE en los pacientes de este estudio.

Se puede efectuar el estudio de HH y la reparación hiatal en función de los hallazgos en un segundo tiempo en pacientes con persistencia de sintomatología de ERGE tras ser intervenidos de cirugía bariátrica una vez logrado la pérdida ponderal.

O-41

RESULTADOS FUNCIONALES Y DE SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Erik Gonzalez Tolaretxipi, Oier Aizpurua Olabe, Rebeca Sancho Sanz, Inés Eguaras Córdoba, Carlos Chaveli Díaz, María Concepción Yáñez Irazábal, Coro Miranda Murúa.

Hospital de Navarra, Pamplona, España.

Objetivos: Describir resultados funcionales y de seguimiento a medio plazo de una unidad de cirugía bariátrica, y compararlos con los criterios de calidad descritos por la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de una cohorte de 211 pacientes intervenidos de manera consecutiva de cirugía bariátrica desde mayo de 2017 a enero de 2025.

Se analizaron la evolución de comorbilidades mayores y pérdida ponderal, y las complicaciones a corto y medio plazo (clasificadas según escala Clavien-Dindo).

Se realizaron tablas de frecuencia y comparación de medias. El análisis de la pérdida ponderal se realizó utilizando valores medios de pérdida de peso total (PPT), porcentaje de peso total perdido (%PTPP), porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) y porcentaje de exceso de IMC perdido (%EIMCP). Se realizó un análisis ANOVA comparando la evolución ponderal por categorías de sexo, edad e IMC.

Se define el seguimiento a medio plazo como mínimo de 2 años y máximo de 3 años.

Resultados: Se realizaron 148 bypass gástricos en Y de Roux (BGY), 11 gastrectomías verticales y 58 cirugías hipoabsortivas (uno o dos tiempos). Se excluyeron los casos de técnica restrictiva aislada y los que no tienen un mínimo de 2 años de seguimiento, quedando una serie de 102 casos de BGY.

64% eran mujeres. Edad media 50 años [33-66], peso medio 119kg [86-159] e IMC medio 43,5 [34-57]. Todos intervenidos por abordaje laparoscópico. Tasa de conversión 0%.

Se registraron 13% de complicaciones postoperatorias mayores (Clavien-Dindo > IIIa), con dos casos de hemorragia intraluminal tratadas endoscópicamente, y tres casos de dehiscencia de anastomosis y dos de obstrucción intestinal reintervenidas quirúrgicamente. Mortalidad postoperatoria 0%.

En complicaciones a medio plazo, tasa de morbilidad del 10% (siendo la hernia interna la causa principal) y éxitus 0%.

Comorbilidades mayores en nuestra serie: Diabetes mellitus tipo II 42%, hipertensión arterial 59%, dislipemia 45% y SAHOS 60%. La remisión de comorbilidades se muestra en tabla 1.

	Remisión completa	Remisión parcial o mejoría	Total
DM II	60%	29,1%	89,1%
HTA	39,7%	44,8%	84,5%
Dislipemia	50%	47,6%	97,6%
SAHOS	61,7%	36,2%	97,9%

Tabla 1

El análisis de pérdida ponderal se muestra en tabla 2.

	1 año	2 años	3 años
PPT	34,8kg	36,2kg	34,8kg
%PTPP	30%	31%	30%
%EPP	59%	60%	58%
%EIMCP	72%	75%	71%

Tabla 2

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de exceso de IMC perdido al año y a los dos años al categorizarlos según el grado de IMC ($p < 0,001$). Los pacientes con un IMC > 55 presentan un mayor porcentaje de exceso de IMC perdido, aunque no es mantenido en el tiempo.

Conclusiones: Nuestra serie presenta un alto índice de mejoría de comorbilidades (superando o cerca del 90% indicado por la SECO).

La pérdida ponderal es adecuada y supera el criterio establecido (porcentaje de exceso de peso perdido $> 50\%$), pero precisa de mayor seguimiento para evaluar la eficacia mantenida en el tiempo. La morbilidad a corto plazo supera levemente el 10% establecido, aunque se cumple en el seguimiento a medio plazo.

O-42

INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN EN LOS RESULTADOS PERCIBIDOS POR EL PACIENTE TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA. RESULTADOS PRELIMINARES

María Iraola Fernández De Casadevante, Laura Martí Gelonch, Amador García Ruiz De Gordejuela, Amaia Perales Anton, Ainhoa Fadon, Itziar De Ariño Hervás, Teresa Serrano, Lorena Arrabal Agüera, Emma Eizaguirre Letamendia, Raúl Jiménez Agüero.

Hospital Universitario Donostia, Donostia, España.

Objetivos: Se ha establecido un protocolo experimental de prehabilitación con formación sobre nutrición y tratamiento quirúrgico en pacientes candidatos a cirugía bariátrica en un centro de referencia. En este trabajo evaluamos la influencia que presenta el conocimiento sobre nutrición, hábitos dietéticos y calidad de vida en los resultados de la cirugía.

Material y métodos: se comparan dos grupos de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el mismo centro entre los años 2019-2023 que hayan cumplido mínimo un año de seguimiento tras la misma mediante la cumplimentación postoperatoria de los siguientes cuestionarios: un test de conocimientos sobre nutrición, un cuestionario de calidad de dieta de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA), un cuestionario de adherencia de la dieta mediterránea (MEDAS) y el test de calidad de vida de Moorehead-Ardelt.

Resultados: se analizan un total de 68 pacientes, 17 de los cuales han completado el programa de prehabilitación. Los dos grupos son comparables en los parámetros basales excepto la dislipemia (más frecuente en el grupo control). Se han visto diferencias estadísticamente significativas en los 4 test realizados a favor del grupo que ha realizado la prehabilitación quirúrgica. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de peso total perdido (%TWL) a los 6 meses ni al año tras la intervención quirúrgica.

Variable	Grupo prehabilitación (n=17)	Grupo control (n=51)	Valor p
Edad	47,58 (39,31-55,85)	47,64 (36,34-58,94)	0,98
Sexo			
Mujer	15 (88,2%)	37 (72,5%)	0,18
Hombre	2 (11,8%)	14 (27,5%)	
Tipo de Cirugía			
BGYR	16 (94,1%)	44 (86,3%)	0,38
Gastrectomía vertical	1 (5,9%)	7 (13,7%)	
Clavien-Dindo			
0	17 (100%)	42 (82,4%)	0,326
I	0 (0%)	3 (5,9%)	
II	0 (0%)	2 (3,9%)	
IIIb	0 (0%)	4 (7,8%)	
Estancia media (días)	3,82 (3,068-4,57)	5,98 (5,18-6,77)	0,003*
Peso a la inclusión quirúrgica (kgr)	122,26 (110,90-133,62)	119,85 (114,35-125,35)	0,67
IMC a la inclusión quirúrgica (kgr/m ²)	45,10 (42,93-47,28)	45,04 (43,13-46,95)	0,97
IMC a los 6 meses PO (kgr/m ²)	32,70 (30,72-34,67)	33,17 (31,36-34,99)	0,775
IMC al año PO (kgr/m ²)	30,56 (28,66-32,46)	30,60 (28,82-32,38)	0,98
%TWL a los 6 meses PO (kgr)	27,46% (24,53-30,40)	26,54% (24,79-28,28)	0,58
%TWL al año PO (kgr)	32,15% (28,83-35,47)	32,26% (30,02-34,50)	0,95
Test de calidad de vida de MooreHead			
Ardelt II Puntuación total	50,33 (47,10-53,57)	43,96 (41,28-46,64)	0,017*
Sentimiento habitual	8,33 (7,65-9,02)	7,65 (7,07-8,22)	0,22
Disfrute de act. Física	8,47 (7,75-9,19)	7,24 (6,60-7,87)	0,05
Relaciones sociales satisfactorias	8,80 (8,28-9,32)	7,80 (7,18-8,43)	0,09
Capacidad de trabajo			
Disfrute con sexo	8,80 (7,79-9,81)	7,92 (7,09-8,75)	0,27
Relación con la comida	7,67 (6,22-9,11)	6,31 (5,43-7,20)	0,13
	8,27 (7,47-9,06)	7,04 (6,37-7,71)	0,063
Cuestionario SEDCA	14,53 (13,75-15,31)	12,13 (11,23-13,02)	<0,001*
Cuestionario MEDAS	9,67 (8,92-10,41)	8,04-7,21-8,87)	0,008*
Test de conocimientos sobre nutrición	17,13 (16,05-18,22)	10,51 (9,53-11,49)	<0,001*

Conclusiones: El programa de prehabilitación mejora los resultados percibidos por el paciente en cuanto a mejor calidad de vida. También mejora de forma considerable los conocimientos sobre nutrición. Pese a esto, no se ha observado influencia en la pérdida de peso. El corto tiempo de seguimiento y la población de estudio pequeña pueden ser una limitación en estos resultados.

O-43

VENTAJAS DE LA PLATAFORMA ROBÓTICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA REVISIONAL EN BASE A NUESTRA EXPERIENCIA

Maite Santamaría Gómez, Ferrán Herrerías Álvarez, M Cruz De La Fuente Juárez, Núria Mestres Petit, Pablo Muriel Álvarez, Eric Gutiérrez Pérez, Eduardo Sisó Soler, Laia Codina Corrons, Marina Agustí Duràn, Alfredo Escartín Arias.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España.

Introducción: La cirugía de revisión supone un reto clínico que combina la máxima complejidad técnica con un proceso de toma de decisiones exigente. Las ventajas del abordaje robótico son la minimización del efecto del IMC y las inherentes a la disminución de la complejidad del procedimiento, con acceso a todos los cuadrantes con una mayor maniobrabilidad y ergonomía; siempre en un entorno de máxima seguridad y con un efecto coste-beneficio favorable.

Objetivos: Comparar el tiempo quirúrgico, la estancia hospitalaria, reingresos, morbimortalidad postoperatoria y reintervenciones entre ambos abordajes en cirugía bariátrica revisional.

Material y métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo con recogida de datos prospectiva de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica revisional entre diciembre 2020 y marzo 2024. Los criterios de inclusión para el estudio fueron pacientes intervenidos de conversión a BGYR +/- hiatoplastia por reflujo, pérdida insuficiente de peso o reganancia por vía laparoscópica (10) o robótica (10).

Todos los pacientes fueron discutidos en comité multidisciplinar de cirugía bariátrica siendo el abordaje laparoscópico el estándar hasta la implementación del programa robótico en mayo del 2022. La técnica quirúrgica es idéntica en ambos grupos. En todos los pacientes del grupo robótico se ha utilizado el sistema quirúrgico da Vinci Surgical System Xi, realizándose totalmente robóticos.

Análisis estadístico:

El análisis estadístico se ha realizado mediante SPSS v.22. Debido al pequeño tamaño muestral se ha realizado el test de normalidad Kolmogorov-Smirnov siendo ésta la distribución para todas variables menos una. Se ha aplicado la T Student para variables cuantitativas y X² para las cualitativas. Para aquella que no sigue una distribución normal se han aplicado pruebas no paramétricas. Se ha considerado el nivel de significación estadístico $p < 0.05$ con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Se realiza un análisis comparativo de las variables clínico-demográficas, intra y postoperatorias entre dos grupos de 10 pacientes; 5 de los intervenidos vía laparoscópica asocian hiatoplastia, 7 en los robóticos.

El sexo sigue una distribución normal siendo el 80% mujeres y el 20 % hombres. En el grupo totalmente robótico la edad media es menor (49.1 frente 53), el IMC previo a la cirugía primaria y a la cirugía revisional es mayor (53.4 frente 48.6 y 40.4 frente 39.8), sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. El tiempo quirúrgico es mayor (395min frente a 265min, $p < 0.000$), la estancia hospitalaria similar (4.3 días frente 3.4, $p = 0.410$), la tasa de reingresos (0 frente a 3, $p = 0.06$), reintervenciones (0 frente a 1, $p = 0.107$) y mortalidad (0 frente a 0) del 0%. Respecto a las complicaciones un 75% del total no presentaron ninguna complicación. Las complicaciones Clavien II fueron idénticas en ambos grupos (20%), con un 10% de Clavien III en el laparoscópico.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial el abordaje totalmente robótico se asocia a un mayor tiempo operatorio, con una menor tasa de complicaciones, similar estancia hospitalaria, sin reintervenciones ni reingresos ni mortalidad. De ello se desprende que puede ser una alternativa segura en cirugía bariátrica revisional frente al abordaje laparoscópico necesitando estudios prospectivos con muestras de mayor tamaño para confirmar nuestros resultados.

O-44

A PROPÓSITO DE UN CASO: TERAPIA ANTIRRETROVIRAL INYECTABLE DE ACCIÓN PROLONGADA EN PACIENTE CON VIH Y OBESIDAD GRAVE CANDIDATO A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Sergio Barroso¹, Laura Gómez-Fernández¹, Miquel Aranda¹, Carme Balagué², Cristina Balaguer¹, Nadia Núñez¹, Josep Bargalló¹, David Ruiz-Luna¹.

¹Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España; ²Hospital Mutua, Terrassa, España.

Introducción: La terapia antirretroviral combinada (TARc) ha supuesto un cambio en la vida de las personas que viven con VIH (PVVIH) llegando a equiparar la esperanza de vida de estas a la de la población general. Este incremento en la longevidad y en la calidad de vida ha llevado a una mayor prevalencia de comorbilidades relacionadas con el envejecimiento, como es la obesidad. La cirugía bariátrica incluye procedimientos altamente comunes como el *bypass* gástrico en Y de Roux (BGYR) o la gastrectomía vertical (GV), siendo una herramienta eficaz para tratar tanto la obesidad como sus comorbilidades asociadas.

Sin embargo, estos procedimientos implican una alteración de la anatomía gastrointestinal, pudiendo interferir en la absorción de los fármacos antirretrovirales (ARV) y por tanto, pudiendo disminuir su eficacia. Este hecho supone un desafío farmacocinético que exige una consideración cuidadosa del tipo de técnica quirúrgica y la estrategia terapéutica utilizada. La llegada de nuevas terapias como las inyectables de acción prolongada (TARAP) suponen una opción prometedora que permite evitar estas alteraciones de la absorción.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la TARAP en un paciente VIH+ y obesidad grave con indicación de BGYR.

Metodología: Se presenta el caso de un varón de 56 años con obesidad grave (IMC: 44kg/m²), esofagitis grado B de Los Ángeles, DM2, HTA y dislipemia; VIH+ con carga viral (CV) indetectable, que es evaluado para RYGB. El paciente recibía TARc oral (Tenofovir/Emtricitabina/Dolutegravir), siendo sustituida por la TARAP (Cabotegravir/Rilpivirina) seis semanas antes de la cirugía. La correcta llegada del fármaco al tejido muscular se garantizó mediante control ecográfico. Se estableció una frecuencia de administración bimensual. El paciente fue sometido a un BGYR sin complicaciones posteriores (Clavien-Dindo 0).

Resultados: A los 6 meses postquirúrgicos, se constató una pérdida de peso significativa con un IMC de 35.4 kg/m², asociando un mejor control glucémico y reduciendo su medicación antihipertensiva habitual. Los parámetros de infección se permanecieron estables, detectando un leve aumento de la CV, pasando de ser indetectable a 33.5copias/mL (límite establecido en 20copias/mL), lo cual no es clínicamente significativo. El paciente presentó muy buena adherencia a la TARAP, expresando su satisfacción global con la estrategia tomada.

Discusión: Los cambios anatómicos y fisiológicos generados tras un BGYR pueden comprometer la absorción de los ARV, particularmente los análogos y no análogos de la transcriptasa inversa, o los inhibidores de la proteasa, cuya absorción depende de condiciones gastrointestinales específicas. La TARAP intramuscular guiada por ecografía, evita estas barreras de absorción, asegurando niveles plasmáticos constantes y un control virológico sostenido.

Conclusiones: La TARAP supone una alternativa segura y eficaz de TARc distinta a la vía oral en PVVIH que hayan de ser sometidos a algún tipo de cirugía bariátrica. La administración guiada por ecografía asegura la correcta entrega del fármaco, optimizando la supresión virológica y potenciando los beneficios metabólicos asociados a la pérdida de peso. Este caso demuestra la efectividad de esta estrategia, especialmente en pacientes con un IMC elevado, evidenciando la compatibilidad entre la TARAP y al menos este procedimiento.

O-45

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CURVAS DE RESPUESTA PONDERAL Y METABÓLICA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA ENTRE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL Y EL BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX

M^a Asunción Acosta Mérida¹, Julia Díaz Dávila², Pedro Saavedra Santana², Raquel Bañolas Suárez¹, Joaquín Marchena Gómez².

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España; ²Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Antecedentes: La cirugía bariátrica es el único tratamiento que permite una pérdida de peso considerable y una mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad, sostenida en el tiempo. Las dos principales técnicas que se realizan actualmente en el mundo son la gastrectomía vertical (GV) y el bypass gástrico en Y de Roux (BPYR).

Objetivo: Analizar y comparar las complicaciones postoperatorias y la respuesta de pérdida de peso tras GV y BPYR, así como la resolución de comorbilidades.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo en el que se incluyeron por muestreo consecutivo todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica primaria en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín entre el 1 de enero de 2013 y el 1 de enero de 2022. Las variables analizadas fueron sexo, edad, antecedentes médico-quirúrgicos, comorbilidades, tratamiento farmacológico, riesgo anestésico, parámetros antropométricos, datos analíticos, tipo de cirugía y complicaciones postoperatorias. Se registraron la pérdida de peso postoperatoria y la evolución de las comorbilidades preoperatorias. Dado que los grupos de tratamiento mostraron diferencias en los índices de masa corporal preoperatorios, así como en las variables relacionadas con el síndrome metabólico, se realizó un emparejamiento por puntuación de propensión 1-1 para homogeneizar los dos grupos de intervención.

Resultados: De 354 pacientes que cumplían criterios de inclusión, se analizaron 309 pacientes con seguimiento completo; 172 fueron sometidos a GV y 137 a BPYR, edad media $45,8 \pm 9,5$ años, 205 mujeres (66,3 %) y 104 varones (33,7 %). El IMC medio fue de 47 Kg/m² (45,6 en la GV y 48,1 en la BPYR). Tras el emparejamiento por puntuación de propensión, quedaron 118 pacientes en cada grupo para las comparaciones. Se observó que las tasas de complicaciones al mes de tratamiento no mostraban diferencias estadísticamente significativas ($p=0,866$) entre ambas técnicas. Ambos procedimientos comportaron mejora en los parámetros antropométricos y metabólicos (**Figura 1**). Las trayectorias de los índices de masa corporal durante los tres primeros años de seguimiento tras GV y BPYR fueron superponibles, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0,693$). (**Figura 2**)

Conclusiones: Entre pacientes con características semajantes, las técnicas de gastrectomía vertical y bypass gástrico en Y de Roux se muestran similares en cuanto a complicaciones quirúrgicas, respuesta de pérdida ponderal y resolución de comorbilidades relacionadas con la obesidad, particularmente respecto al síndrome metabólico.

O-46

ROBOTIC SINGLE ANASTOMOSIS SLEEVE ILEAL (SASI) BYPASS FOR OBESITY CLASS 4 AND 5: A PROSPECTIVE CONSECUTIVES SERIES OF 50 PATIENTS WITH 1-YEAR FOLLOW-UP

Beniamino Pascotto, Juan Santiago Azagra Soria.

Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxemburgo, Luxemburgo.

Introducción: El Bypass Ileal en Manga de Anastomosis Única (SASI) es un procedimiento de cirugía metabólica y bariátrica (MBS) destinado a pacientes con obesidad severa. Su ventaja radica en el acceso al duodeno y al tracto biliar, al mismo tiempo que sigue siendo un procedimiento hipoabsortivo.

Material y métodos: Nuestra técnica preferida para el Bypass SASI robótico consta de tres pasos. El primer paso se realiza por laparoscopia para fijar el asa ileal al estómago, a tres metros de la unión íleo-cecal. En segundo lugar, se acopla el robot y se procede con una gastrectomía en manga robótica clásica. El tercer paso es la anastomosis gastro-ileal.

Resultados: En nuestra serie consecutiva de los primeros 50 pacientes, los resultados han sido satisfactorios y prometedores. No se presentaron complicaciones postoperatorias; dos pacientes (4%) acudieron al departamento de urgencias dentro de los primeros 30 días, con solo una re-hospitalización (2%). El IMC preoperatorio promedio fue de 56 kg/m². El porcentaje medio de pérdida de exceso de peso (%EWL) fue del 72,1% a los 6 meses y del 94,2% al año. No detectamos hipoproteinemia en los análisis de sangre a los 6 meses ni al año.

Conclusiones: El Bypass SASI robótico podría reemplazar la cirugía bariátrica en dos etapas para pacientes con obesidad de clase 4 y 5. Es una excelente opción debido a la posibilidad de mantener el acceso endoscópico al duodeno. Se necesita un ensayo controlado randomizado para validar su uso como uno de los procedimientos estándar en cirugía metabólica y bariátrica.

O-47

DESARROLLO DE MODELOS PREDICTIVOS MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Juan Barajas-Gamboa, Kevin Zhan, Gabriela Restrepo-Rodas, Juan Cruz Lopez Meyer, Juan Pablo Pantoja, Javed Raza, A. Daniel Guerron, John Rodriguez, Carlos Abril.

Cleveland Clinic Abu Dhabi, Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos.

Objetivo: Desarrollar y comparar modelos de aprendizaje automático frente a regresión logística para predecir la estancia hospitalaria prolongada e identificar factores de riesgo clave en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en Oriente Medio.

Material y métodos: Se analizaron datos de pacientes sometidos a cirugía bariátrica primaria en un hospital de referencia terciario entre 2019 y 2023. Se definió como estancia prolongada aquella superior a dos desviaciones estándar de la media. Se realizó selección de variables mediante eliminación recursiva de características. Se desarrollaron modelos de aprendizaje automático (Random Forest, XGBoost, Adaboost, Catboost, Naïve Bayes, SVM y MLP) y modelos de regresión logística. El rendimiento se evaluó mediante el área bajo la curva ROC (AUC-ROC).

Resultados: Se incluyeron 1.757 pacientes (1.174 gastrectomía en manga [GM], 583 bypass gástrico en Y de Roux [BPGYR]). La edad media fue significativamente diferente entre los grupos de GM y BPGYR ($32,66 \pm 11,05$ vs $38,35 \pm 10,62$ años, $p < 0,001$). El IMC medio fue significativamente mayor en GM comparado con BPGYR ($43,35 \pm 6,80$ vs $41,03 \pm 5,03$ kg/m², $p < 0,001$). La estancia prolongada se definió en 3,60 días para GM con una incidencia del 2,04% y 5,73 días para BPGYR con una incidencia del 4,82%. El mejor modelo de aprendizaje automático para GM fue MLP con un AUC de 0,71, mientras que para BPGYR fue SVM con un AUC de 0,64. Los factores clave asociados con estancia prolongada en GM incluyeron IMC elevado (OR 1,08, IC 95% 1,02-1,14, $p = 0,012$), cirugía cardíaca previa (OR 22,86, IC 95% 4,30-121,59, $p < 0,001$) y trombosis venosa (OR 17,74, IC 95% 3,46-90,96, $p < 0,001$). En BPGYR, la presencia de EPOC se asoció con estancia prolongada (OR 23,72, IC 95% 14,31-394,67, $p = 0,027$).

Conclusiones: Los modelos de aprendizaje automático demostraron un rendimiento superior en la predicción de estancia hospitalaria prolongada tras cirugía bariátrica primaria. Ambos enfoques identificaron factores de riesgo comunes, mientras que los modelos de aprendizaje automático descubrieron predictores adicionales.

O-48

OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS MEDIANTE PROTOCOLO ERAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: EXPERIENCIA EN POBLACIÓN DE ORIENTE MEDIO

Juan Barajas-Gamboa, Kevin Zhan, Gabriela Restrepo-Rodas, Juan Cruz Lopez Meyer, Juan Pablo Pantoja, Javed Raza, A. Daniel Guerron, John Rodriguez, Carlos Abril.

Cleveland Clinic Abu Dhabi, Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos.

Objetivo: Evaluar el impacto de la implementación de un protocolo de recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS) en pacientes sometidos a cirugía bariátrica primaria en una población de Oriente Medio.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes sometidos a gastrectomía en manga (GM) o bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR) entre enero 2019 y diciembre 2023. El protocolo ERAS se implementó en octubre 2021. Se evaluaron como resultados principales las complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria. Se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney y exacta de Fisher para evaluar las diferencias en la estancia hospitalaria y las tasas de complicaciones graves entre los grupos pre y post-ERAS.

Resultados: Se incluyeron 1.802 pacientes (913 pre-ERAS, 889 post-ERAS). Las características basales no mostraron diferencias significativas entre grupos en edad (pre-ERAS: $35,0 \pm 11,2$ años vs post-ERAS: $34,3 \pm 11,3$ años, $p=0,16$) ni IMC preoperatorio (pre-ERAS: $42,8 \pm 6,3$ kg/m² vs post-ERAS: $42,4 \pm 6,7$ kg/m², $p=0,02$). La distribución de procedimientos fue comparable, con GM representando 59,3% en pre-ERAS y 71,2% en post-ERAS ($p<0,001$). Tras la implementación de ERAS, la estancia hospitalaria media global disminuyó significativamente de 42,7 a 33,4 horas ($p<0,001$), representando una reducción del 21,9%. Esta reducción fue consistente tanto en GM (disminución del 24,9%, $p<0,001$) como en BPGYR (disminución del 15,7%, $p<0,001$). La tasa de complicaciones graves en 30 días disminuyó del 5,3% al 2,5% (OR 0,46, IC 95% 0,28-0,75, $p=0,001$), siendo más pronunciada en BPGYR (8,4% a 3,8%, $p=0,02$) que en GM (3,8% a 1,9%, $p=0,33$). Las complicaciones específicas que mostraron reducciones notables incluyeron hemorragia gastrointestinal (2,6% vs 1,5%, $p=0,01$) e infecciones superficiales del sitio quirúrgico (1,0% vs 0,1%, $p=0,02$).

Conclusiones: El protocolo ERAS redujo significativamente las complicaciones postoperatorias graves y la estancia hospitalaria en una población de Oriente Medio, a pesar de características basales similares entre grupos. Estos hallazgos apoyan la adopción de protocolos ERAS en centros bariátricos para mejorar los resultados de los pacientes en la región.

0-49

PREDICCIÓN DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS GRAVES MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: ¿SUPERA AL ANÁLISIS ESTADÍSTICO TRADICIONAL?

Juan Barajas-Gamboa, Kevin Zhan, Gabriela Restrepo-Rodas, Juan Cruz Lopez Meyer, Juan Pablo Pantoja, Javed Raza, A. Daniel Guerron, John Rodriguez, Carlos Abril.

Cleveland Clinic Abu Dhabi, Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos.

Objetivo: Comparar el rendimiento de modelos de aprendizaje automático frente a la regresión logística tradicional en la predicción de complicaciones postoperatorias graves en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en Oriente Medio, considerando factores genéticos y ambientales específicos de la región.

Material y métodos: Se analizaron datos de 1.757 pacientes sometidos a cirugía bariátrica primaria (1.174 gastrectomía en manga [GM], 583 bypass gástrico en Y de Roux [BPGYR]) en un hospital de referencia terciario (2019-2023). Se desarrollaron múltiples modelos de aprendizaje automático (Adaboost, random forest, gradient boosting, XGBoost, máquinas de vectores de soporte) utilizando la técnica SMOTE para el desequilibrio de clases y selección recursiva de características, comparándolos con regresión logística.

Resultados: Las complicaciones graves ocurrieron en 2,30% de GM y 6,52% de BPGYR ($p < 0,001$). Los pacientes de BPGYR fueron mayores (38,4 vs 32,7 años, $p < 0,001$) y predominantemente mujeres (75,0% vs 46,8%, $p < 0,001$). En GM, el tabaquismo fue un factor de riesgo significativo (OR=3,46, IC95%: 1,30-9,19, $p = 0,013$). En BPGYR, la edad (OR=1,04, IC95%: 1,00-1,08, $p = 0,030$) y la creatinina preoperatoria (OR=1,04, IC95%: 1,01-1,07, $p = 0,006$) se asociaron con mayor riesgo de complicaciones. Adaboost mostró el mejor rendimiento predictivo para GM (AUC=0,66), mientras que la regresión logística fue superior para BPGYR (AUC=0,67).

Conclusiones: Los modelos de aprendizaje automático demostraron un rendimiento comparable o ligeramente superior a la regresión logística, particularmente en GM, a pesar de la disponibilidad limitada de datos. Estos hallazgos sugieren que los enfoques basados en aprendizaje automático pueden permitir una estratificación del riesgo más precisa y una atención personalizada en poblaciones de Oriente Medio sometidas a cirugía bariátrica.

O-50

VALORACIÓN DE LA TENDENCIA DEL USO DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE RESULTADOS COMUNICADOS POR LOS PACIENTES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Nuria Saura Padilla, Lucía Gutiérrez Ramírez, Gabriela Rojas De La Serna, Antonio Morandeira Rivas, Elena Fernández Menor De Santos, Esther Muñoz Rodríguez, Adrián Sánchez Almogoea, M^ªluz Herrero Bogajo, Juan Bautista Muñoz De La Espada, Carlos Moreno Sanz.

Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.

Objetivos: Más allá de la pérdida de peso, la cirugía bariátrica ofrece mejoras significativas en las comorbilidades asociadas y en la calidad de vida de los pacientes. Las medidas de resultados comunicados por el paciente (PROMs: Patient-Reported Outcome Measures) son fundamentales para evaluar estos cambios de manera integral. Al recoger la percepción de los pacientes sobre su calidad de vida después de la cirugía, los PROMs complementan los datos clínicos y enriquecen la comprensión del impacto real de esta intervención. El objetivo de esta revisión sistemática es analizar la tendencia en el uso de instrumentos de medición de los resultados comunicados por el paciente en los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.

Material y métodos: Se realizaron búsquedas en las principales bases de datos (Pubmed, Web of Science, SCOPUS y CENTRAL) para identificar estudios con pacientes adultos intervenidos de cirugía bariátrica, en los que se hubiera analizado la perspectiva del paciente mediante PROMs validados en el periodo preoperatorio y/o postoperatorio.

Resultados: Se identificaron un total de 8788 registros y, tras eliminar duplicados, 4223 registros fueron evaluados por título y resumen. Tras aplicar criterios de inclusión y/o exclusión, 840 se revisaron a texto completo. Finalmente, 653 artículos fueron incluidos en el estudio, comprendiendo un total de 244.057 pacientes, de los cuales, el 97,7% completó algún PROM. Las cirugías más evaluadas fueron el bypass gástrico (37,1%), la gastrectomía vertical (22,3%) y la banda gástrica (16,2%). Se identificó el uso de hasta 250 PROMs diferentes, siendo su evaluación el objetivo principal en el 70% de los estudios incluidos. Los PROMs más utilizados fueron: Cuestionario de Salud SF-36 (17,7%), *Bariatric Analysis and Reporting System* (BAROS) (8,3%) e *Impact of Weight on Quality of Life* (3,8%). Para observar la tendencia temporal, se realizaron análisis por sexenios, observando desde 1998 a 2022 un incremento en las publicaciones que incluyen PROMs; con 37, 108, 176 y 332 estudios respectivamente. En cada uno de los periodos, los cuestionarios SF-36 y BAROS fueron los más utilizados.

Conclusiones: La valoración de la perspectiva del paciente sometido a cirugía bariátrica ha aumentado progresivamente en los últimos años, así como el uso de PROMs y la creación de herramientas más específicas. Los cuestionarios SF-36 y BAROS son los instrumentos más utilizados en la literatura científica para evaluar los resultados comunicados por el paciente tras la cirugía bariátrica. Existe mucha variabilidad en el tipo de instrumento utilizado y en el momento de su administración.

O-51

MÁS ALLÁ DEL PESO: EVALUACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

Ruth Lopez-Gonzalez, Paula García, Sergi Sanchez-Cordero, Sara Lopez, Rodrigo Hermoza, Mercè Albareda, Jordi Pujol, Isidre Martí.

Consorci Sanitari Integral - Hospital de l'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat, España.

Objetivos: La cirugía bariátrica (CB) es una herramienta eficaz en el tratamiento de la obesidad, pero la reducción de peso no siempre refleja la mejoría en la composición corporal. Evaluar parámetros como el Índice de Masa Muscular Apendicular por Peso (IMMAP), el Índice de Masa Muscular Apendicular Total (IMMAT) y la Masa Grasa Total (MG) puede ofrecer una visión más precisa del impacto de la CB.

El objetivo del estudio es analizar la evolución de estos parámetros tras un año de seguimiento en pacientes sometidos a CB, identificando cuáles son los más relevantes para la mejoría de la obesidad.

Material y métodos: Se incluyeron un total de 42 pacientes sometidos a CB entre 2022 y 2023. La edad media fue de 48.38 ± 8.38 años, con un 69.05% de mujeres. El IMC máximo medio fue de 46.18 ± 5.96 kg/m², y el IMC preoperatorio medio de 42.46 ± 4.49 kg/m². Se analizaron los cambios en IMMAP, IMMAT y MG desde el preoperatorio hasta los 12 meses postcirugía calculados por radioabsorciometría de doble energía (DXA) modelo Lunar 3447.

Resultados: Se calcularon las diferencias entre los valores preoperatorios y los obtenidos a los 12 meses para cada parámetro. Se objetivó un incremento de 26.75 a 29.21 en IMMAP, un incremento de 18.41 a 22.08 de IMMAT y un descenso de 43.46 a 34.08 de MG de media. Se realizó una prueba t de muestras relacionadas para evaluar la significación estadística de los cambios: IMMAP: $t = -3.55$, $p = 0.00097$; IMMAT: $t = -5.39$, $p = 3.21 \times 10^{-6}$; MG: $t = 5.70$, $p = 1.17 \times 10^{-6}$. Todas las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.05$), lo que indica una mejoría en la composición corporal a los 12 meses. El IMC medio a los 12 meses fue de 27.84 ± 4.23 kg/m². Para evaluar la magnitud del cambio, se calculó el tamaño del efecto (d de Cohen): IMMAP: $d = 0.55$ (efecto moderado); IMMAT: $d = 0.83$ (efecto grande); MG: $d = -0.88$ (efecto grande). El análisis de regresión lineal múltiple mostró que IMMAP 12M fue el predictor más fuerte del IMC a los 12 meses (coeficiente = -51.05 , $p = 0.001$), seguido de MG 12M (coeficiente = 0.15 , $p = 0.003$) e IMMAT 12M (coeficiente = 0.61 , $p < 0.001$).

Conclusiones: Nuestros hallazgos confirman que la composición corporal mejora significativamente tras la CB, con reducciones significativas en MG y aumentos en IMMAP e IMMAT, lo que refleja una preservación de la masa muscular y una reducción de la masa grasa al año de la CB. Además, el IMMAP 12M es el mejor predictor del IMC a los 12 meses, lo que sugiere que su evaluación postoperatoria podría ser clave para definir el éxito de la CB.

0-52

FASCITIS NECROTIZANTE EN PACIENTE INTERVENIDA DE BYPASS DISTAL GASTROYEYUNAL EN Y DE ROUX REINTERVENIDO POR SHOCK SÉPTICO: MANEJO Y GESTIÓN DE LAS CURAS

Elena Gavilan Baquero, Virginia Araus Palacios, Francesc Xavier Claramunt Estrade, Cristina Llorens Mesa, Angel Pijoan Dominguez, Anna Dalmau Alegria, Sara Barbero Altes, Alba Miñambres Albiñana.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.

Aunque los procedimientos quirúrgicos bariátricos han avanzado significativamente y son realizados por equipos altamente especializados, pueden surgir complicaciones en algunos casos que requieren reintervención, implicando una gestión postoperatoria minuciosa. La fascitis necrotizante es una infección agresiva que requiere este abordaje para evitar su progresión.

Paciente de 56 años intervenida de Sleeve Gástrico en 2019, se reinterviene el 03/10/2023 para conversión a Bypass distal en Y de Roux por estancamiento ponderal, reflujo y hernia de hiato. El 05/10/2023 desarrolla shock séptico por peritonitis fecaloidea, requiriendo desbridamientos sucesivos. Posteriormente, el 16/10/2023 se diagnostica fístula biliar secundaria a dehiscencia de sutura ileal con necrosis cutánea, precisando resección intestinal y desbridamiento, con colocación de Terapia de Presión Negativa (TPN).

Objetivo: Evaluar la gestión avanzada de enfermería en las curas de una herida abdominal compleja

Material y método: Inicialmente, presenta lesiones abiertas comunicadas entre si en flanco derecho con drenajes productivos y piel perilesional irritada con flictenas. Se inicia TPN sin depósito preventivo y curas diarias con alginato cálcico, crema barrera con óxido de zinc, colagenasa y apósito balsámico. Ante la evolución de las lesiones, el 16/10/2023 se realiza desbridamiento y se instala TPN con depósito, cubriendo con espuma e interfase de apósito balsámico, fijando con crema barrera y poliuretano.

Por la dimensión de la herida, se incorporan dos puertos de succión en Y. Durante el tratamiento, se realizaron cultivos ante cambios en exudado, precisando antibioterapia.

Las curas se espaciaron progresivamente (cada 72-96h durante el ingreso y luego semanales). A las 12 semanas, las lesiones mostraban reducción, fondo de granulación y un único puerto de succión. El 15/03/2024 se retira TPN e inicia cura en domicilio por enfermería de atención primaria.

Resultados: 37 semanas de tratamiento con cicatrización completa de las lesiones abdominales.

Conclusiones: La TPN ha sido una opción terapéutica clave en la gestión de esta herida compleja y exudativa, permitiendo un control eficaz del exudado, minimizando el riesgo de infección y favoreciendo la regeneración tisular. Además, su aplicación ha facilitado la cura en un ambiente húmedo, promoviendo la granulación del tejido sano y acelerando el proceso de cicatrización.

Asimismo, la intervención enfermera especializada ha sido determinante en la optimización de los tiempos de cicatrización y en la mejora de la calidad de vida de la paciente. Gracias a ello, se logró espaciar los procedimientos sin comprometer la evolución favorable de la herida, asegurando un manejo eficiente y seguro del tratamiento.

O-53

CUIDADOS ENFERMEROS, NIVEL DE SATISFACCIÓN Y DOLOR EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA (CBA): DIFERENCIAS ENTRE VÍA DE ABORDAJE ROBÓTICA Y LAPAROSCÓPICA CONVENCIONAL

M^ateresa Miñana Lopez, Carmen Gimenez Rodriguez, M^a Del Mar Gascón Pastor, Laura Anguera Vallverdú, Montserrat Bernad Sanchez, Margarida Vives Espelta, Daniel Del Castillo Dejardin.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.

Introducción: La prevalencia de la obesidad ha aumentado a nivel mundial en las últimas décadas, convirtiéndose en un grave problema de salud pública y constituyendo en la actualidad una pandemia mundial. La cirugía bariátrica es uno de los tratamientos más eficaces para combatir esta patología.

Hasta la fecha el abordaje principal es laparoscópico, pero actualmente se compagina con el método robótico y el presente estudio pretende comparar los cuidados que precisaran pacientes intervenidos por las distintas vías de abordaje y crear si fuera necesario un plan estandarizado tras la implementación de un programa de cirugía bariátrica robótica.

Objetivo: Objetivar las varianzas que con la nueva vía de abordaje robótica se producen en el plan estandarizado de curas enfermeras a pacientes sometidos a CBA.

Comparar el grado de satisfacción y nivel de dolor al alta de los pacientes intervenidos.

Material y método: Estudio descriptivo comparativo de corte transversal.

La población de estudio incluye todos los pacientes programados para cirugía bariátrica por vía laparoscópica o robótica durante 8 meses.

Las muestras corresponden a 61 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión-exclusión y que iban a ser sometidos a una intervención CBA seleccionados mediante una técnica de muestreo intencional. Los datos se recogieron mediante instrumento tipo cuestionario de satisfacción hospitalaria incluido en la vía clínica de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) y escala de dolor (EVA).

Resultados:

- Los resultados indicaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto a los niveles de dolor postoperatorio y la satisfacción hospitalaria ($p > 0.05$).
- Con relación a cuidados enfermeros:
 - o Drenaje postoperatorio: la mayoría de pacientes no lo requirieron (80% cirugía laparoscópica y 81,25% cirugía robótica).
 - o Heridas: las complicaciones fueron mínimas, sólo 6.25% de los pacientes de ambos grupos experimentando problemas.
 - o Signos vitales: dentro de los parámetros normales/sin alteraciones (88.89% en cirugía laparoscópica y 93.75% en cirugía robótica).
 - o Dieta postquirúrgica: los pacientes sometidos a cirugía robótica mostraron una tasa de buena tolerancia del 87.5%, superior al 71.11% de los pacientes con cirugía laparoscópica.
- Las complicaciones postoperatorias más comunes fueron el dolor (33.33%) y náuseas/vómitos (11.11%), con tasas bajas de complicaciones graves.
- Días ingreso: menor promedio en pacientes de cirugía robótica (1,73d) que laparoscópica (2,43d).
- Y el acompañamiento emocional durante la hospitalización influyó positivamente en la satisfacción de los pacientes. Aquellos con apoyo emocional reportaron una mayor satisfacción con la atención recibida, lo que resalta su importancia en el proceso de recuperación postquirúrgica.

Conclusión: Este estudio no encontró diferencias significativas entre los dos tipos de cirugía en cuanto a la satisfacción hospitalaria o el dolor postoperatorio, sugiriendo que tanto la laparoscópica, como la robótica son igualmente eficaces. Sin embargo, proporciona importantes evidencias sobre la efectividad de los cuidados estandarizados en CBA, que las cirugías robóticas tienden a un menor tiempo de hospitalización. Y que el acompañamiento emocional tuvo un impacto positivo en la satisfacción y en la recuperación postquirúrgica.

Se recomienda que futuras investigaciones profundicen en cómo el apoyo emocional influye en el paciente y su recuperación.

O-54

DIFICULTAD PERCIBIDA POR ENFERMERIA EN QUIROFANO DE CIRUGIA BARIATRICA Y ESOFAGOGASTRICA

Javier Lopez Baz.

Hospital Universitario Donosti, Donostia, España.

Introducción: El quirófano es un entorno donde la capacitación del personal enfermero es fundamental para garantizar prácticas seguras y eficientes. En particular, la rotación de enfermeras en quirófanos de cirugía bariátrica y esofagogástrica plantea desafíos en su aprendizaje. Este estudio busca identificar las dificultades percibidas por las enfermeras al instrumentar y circular en estas cirugías, con el objetivo de optimizar su formación.

Objetivos: El estudio se centró en determinar el nivel de dificultad que las enfermeras perciben al trabajar en quirófano de cirugía esofagogástrica y bariátrica, tanto en roles de instrumentación como de circulación.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo mediante un cuestionario dirigido a enfermeras con al menos un mes de experiencia en este quirófano en los últimos cinco años. El cuestionario evaluó el conocimiento previo de los materiales específicos y la dificultad percibida tras su uso en técnicas quirúrgicas de la especialidad.

Resultados: Participaron 9 enfermeras (81% de las invitadas). El 33% tenía más de 10 años de experiencia, otro 33% entre 6 y 10 años, y el resto menos de 5 años. La experiencia media en estos quirófanos fue de 2.15 años.

- **Conocimiento de materiales:** Más del 60% conocía el Drenaje en Tejadillo, el gastroscopio y el azul de metileno, mientras que menos del 40% estaba familiarizado con la Sonda Maloney, Sonda Orvil, Retractor Goldfinger y Pinza Yunque-Holder.
- **Dificultad percibida:** La mayoría de los materiales se consideraron de baja dificultad (media de 1.3/5), excepto el gastroscopio (1.9/5). El manejo de suturas y anastomosis laparoscópicas presentó mayor dificultad (3.2/5).
- **Posicionamiento:** El posicionamiento del paciente y de la enfermera instrumentista se consideró de baja dificultad (1.55/5).
- **Comparación con otras especialidades:** La cirugía esofagogástrica se clasificó como la 6ª más compleja para instrumentistas y la 5ª para circulantes.
- **Aprendizaje:** El 78% identificó como principal dificultad conocer los pasos de la cirugía. La mayoría (78%) consideró que la mejor forma de aprender es con la guía de una enfermera experta, en lugar de ver videos o circular primero.
- **Número de procedimientos:** Se estimó una media de 12.5 procedimientos para sentirse cómodo, con una gran variabilidad entre los encuestados.

Conclusiones: Las enfermeras perciben baja dificultad en el uso de materiales específicos y en el posicionamiento, pero encuentran la mayor desafío y complejidad en el manejo de suturas y material de anastomosis laparoscópicas.

La cirugía bariátrica y esofagogástrica se considera de dificultad media en comparación con otras especialidades. La principal barrera radica en el conocimiento de los pasos quirúrgicos, y la mayoría recomienda un aprendizaje guiado por expertos. Llama la atención la gran disparidad en el número de procedimientos necesarios para sentirse cómodo en los roles tanto de instrumentista como de circulante.

Este estudio resalta la importancia de la mentoría y la experiencia práctica para mejorar la capacitación del personal de enfermería en quirófanos especializados.

0-55

PROPUESTA DE PROTOCOLO PARA LA PREPARACIÓN PREOPERATORIA DE PACIENTES SUPEROBESOS: INFLUENCIA EN LA SEGURIDAD, EN LA TÉCNICA A REALIZAR Y EN LOS RESULTADOS

Patricia Vila Sabater¹, Rocío O'connor², Rocío Fábregas³, Lara Montero², María Malet³, Jose Andrés Mateo¹, Elia Zurdo², Jose Vicente Ferrer Valls¹.

¹Clínica Obésitas, Valencia, España; ²Clínica Obésitas, Madrid, España; ³Clínica Obésitas, Barcelona, España.

Objetivos: Evaluar la eficacia de una dieta hipocalórica preoperatoria, en pacientes con doble y triple obesidad mórbida, con el objetivo de reducir la grasa visceral, esteatosis hepática y mejorar la seguridad de la intervención (1,2).

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo (2018–2022) agrupando pacientes según IMC: A (IMC 50–60, n=34) y B (IMC>60, n=4). Se recopilaron datos de edad, peso, IMC inicial y comorbilidades (hipertensión, diabetes, colesterol; 1=presente, 0=ausente). Se detallan la técnica elegida para cada caso (BGYR, SADIS o GV. Se implementó una dieta hipocalórica de entre 4 y 12 semanas, caminar 1 hora diaria, y ejercicios respiratorios con espirómetro. Las comparaciones se realizaron mediante T-Student (p<0.05).

Resultados: En el Grupo A, el peso disminuyó de 132 ± 18 kg a 115 ± 15 kg (t=6.12, p<0,001) y el IMC de 55 ± 3 a 40 ± 3 (t=5.85, p<0,001). Las comorbilidades fueron hipertensión (20%), diabetes (15%) y colesterol (25%).

En el Grupo B, el peso se redujo de 165 ± 20 kg a 145 ± 18 kg (t=5.98, p<0,001) y el IMC de 65 ± 3 a 55 ± 3 (t=6.45, p<0,001), con hipertensión (30%), diabetes (25%) y colesterol (35%), con mejoría en control de diabetes y descanso nocturno (Tabla 1).

En la Tabla 2, se muestra las técnicas seleccionadas y las comorbilidades más frecuentes de ese grupo de pacientes. La estancia media fue de 72 horas con la aplicación de protocolos fast-track. La mortalidad fue 0%, y 5% de complicaciones menores.

Conclusiones: la preparación preoperatoria intensiva, reduce significativamente el peso, la esteatosis hepática y la grasa intraabdominal. Permite en la mayoría de los casos realizar en un solo tiempo procedimientos con anastomosis en grandes obesos (1,2). La evidencia científica muestra que es esencial integrar protocolos de pérdida de peso prequirúrgicos.

Grupo	N	Peso Inicial (kg)	Peso en Cirugía (kg)	IMC Inicial	IMC en Cirugía	Hipertensión (%)	Diabetes (%)	Colesterol (%)
A	34	132 ± 18	115 ± 15	55 ± 3	40 ± 3	20	15	25
B	4	165 ± 20	145 ± 18	65 ± 3	55 ± 3	30	25	35

Tabla 1. Características preoperatorias de los pacientes según el grupo de IMC.

Técnica Quirúrgica	N	Hipertensión (%)	Diabetes (%)	Colesterol (%)
BGYR	7	28,5	14,3	14,3
SADIS	23	43,5	34,8	34,8
GV	8	50	25	12,5

Tabla 2. Comparación de comorbilidades según la técnica quirúrgica realizada.

Bibliografía:

- Bettini S, Belligoli A, Fabris R, Busetto L. Diet approach before and after bariatric surgery. Rev Endocr Metab Disord. 2020;21(3):297–306.
- Ballesteros Pomar MD, Diez Rodríguez R, Calleja Fernández A, et al. Tratamiento nutricional hiperproteico precirugía bariátrica en obesidad mórbida. Nutr Hosp. 2018;35(1):76-83. doi: 10.20960/nh.1261.

O-56

RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA NACIONAL DE GESTANTES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

Alba Andreu¹, Sonsoles Gutierrez-Medina², Vanessa Paola Flores³, Camilo Silva⁴, Jorge Nuñez⁴, Ángela Amengual⁵, Ariadna Safons¹, Josep Vidal¹, Andreea Ciudin³, Irene Vinagre¹.

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España; ²Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España; ³Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España; ⁴Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España; ⁵Hospital Rey Juan Carlos, Madrid, España.

Las gestaciones tras cirugía bariátrica (CB) se asocian con una disminución de las complicaciones asociadas a la obesidad, como infertilidad, diabetes mellitus gestacional (DMG), trastornos hipertensivos del embarazo (THE) y macrosomía; sin embargo, presentan otros resultados perinatales adversos como recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) y partos prematuros, sugiriéndose como potencial causa los cambios nutricionales, anatómicos y metabólicos que ocurren tras la CB.

Objetivo: Evaluar los resultados maternos y perinatales tras CB.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico de mujeres con CB en seguimiento preconcepcional y gestacional por los Servicios de Endocrinología y Nutrición en 5 hospitales nacionales entre 2005-2023.

Resultados: Se analizaron 207 embarazos en 161 mujeres (índice de masa corporal (IMC) pregestacional: 31,2±6 kg/m², pérdida de peso entre cirugía-concepción: 36,8±16%, edad concepción 34,6±4,8 años). El 85,5% fueron gestaciones espontáneas y el resto mediante Técnicas de Reproducción Asistida. El 54,4% presentaba obesidad en el momento de la gestación (23% de ellas con IMC ≥35kg/m²). Las principales técnicas quirúrgicas incluyeron 56% Bypass Gástrico en Y de Roux (RYGB) y 42% Gastrectomía Vertical (SG).

El intervalo cirugía-concepción fue de 48,4±41,7 meses. En el 12% de los casos, la gestación se produjo dentro de los 12 meses posteriores a la CB, sin diferencias significativas según el procedimiento quirúrgico.

La ganancia de peso gestacional media (GPG) fue de 8,7±7,4 kg con evolución satisfactoria, insuficiente y excesiva en el 29,1, 36,6 y 38,4%, respectivamente (ns entre técnicas).

Se diagnosticó DMG en el 30,1% de las gestantes (36,5% RYGB vs 20,6% SG, p=0,019): el 52% mediante automonitorización de la glucemia capilar y el 48% mediante pruebas de tolerancia oral a la glucosa; el 69% recibió tratamiento dietético y el 31% además insulino terapia; el 14% de las gestantes experimentaron hipoglucemias (7 secundarias a insulino terapia, 12 hipoglucemias reactivas). El 4,7% presentó THE (0,9% RYGB vs 9,6% SG, p=0,011). Dos de cada 5 gestantes presentaron déficits nutricionales, siendo los más prevalentes el de hierro (17,4%) y proteico (12,17%). En el 49,3% se diagnosticó anemia gestacional (ns según tipo de cirugía).

La edad media gestacional al parto fue a las 38,3±3,1 semanas, con 12,5% de partos prematuros y 32,5 % de cesáreas (23,8 % RYGB vs 44,1% SG, p=0,004). El peso medio del recién nacido fue de 3007±63 gramos; el 4,3% fue PEG (peso nacimiento <percentil 3) y el 4,3% grande para la edad gestacional (> percentil 90). Aquellas mujeres cuyos embarazos se produjeron antes de 1 año tras la CB presentaban un IMC significativamente mayor (30,8±5,8 vs 33,7±5,8 kg/m²; p=0,02) y menor GPG (9,7±6,2 kg vs 1,5±11 kg; p=0,0019) que aquellas mujeres que consiguieron el embarazo pasado el año de la CB. Todas las gestantes de esta submuestra experimentaron deficiencias nutricionales en el momento de la concepción y el 71% en cada trimestre gestacional.

Conclusión: El embarazo tras CB se asocia a complicaciones materno-fetales, motivo por el que debería considerarse de alto riesgo, requiriendo un seguimiento estrecho y multidisciplinar por las unidades de Endocrinología y Nutrición, Cirugía y Obstetricia.

P-01

DETECCIÓN PREOPERATORIA DE HEPATOPATÍA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: EL PAPEL DE LOS ÍNDICES NO INVASIVOS

Ruth Lopez Gonzalez, Sara Lopez, Karim Ramos, Helena Fernández, Sergi Sánchez-Cordero, Rodrigo Hermoza, Jordi Pujol-Gebellí, Eva Erice, Isidre Martí.

Consorci Sanitari Integral - Hospital de l'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat, España.

Objetivo: La incidencia de hepatopatía avanzada secundaria a la obesidad y el síndrome metabólico está en aumento y representa una causa emergente de cirrosis. Identificar precozmente a los pacientes con fibrosis hepática (FH) en estado precirrótico es esencial para evitar complicaciones asociadas a la cirugía bariátrica (CB). Evaluar y/o diagnosticar la hepatopatía en la valoración preoperatoria sigue siendo un reto en los equipos multidisciplinares previos a la CB. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de FH avanzada en los pacientes y definir el método de detección más sensible sin provocar retraso de la CB.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluyó pacientes intervenidos de CB entre 2021 y 2024. Se analizaron un total de 239 pacientes (70% mujeres, edad media de 48 años +/- 9'6 DE, índice de masa corporal de 42,9 kg/m² +/- 4,9 DE). El 30% de la muestra presentaba consumo habitual de alcohol y las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (47%), dislipemia (43%) y diabetes mellitus (30%).

Todos los pacientes presentaban esteatosis hepática (EH) con un Fatty Liver Index de 96 +/- 5,8 DE. Se aplicaron tres índices de FH: Fib-4: 91,2% bajo riesgo, 8% riesgo intermedio, 1% riesgo alto; APRI: 94,1% bajo riesgo, 5,4% riesgo intermedio, 0,5% riesgo alto.; LiverRisk: 75% mínimo riesgo, 24% bajo riesgo, 1% riesgo intermedio.

Intraoperatoriamente se evidenció hígado macroscópicamente compatible con cirrosis en 7 casos siendo 5 de ellos confirmados por biopsia, estableciendo una prevalencia de cirrosis del 3%.

Resultados: Los valores de corte de los índices más sensibles para descartar fibrosis avanzada fueron: Fib-4 <1,3: especificidad 95%, VPN 95%; APRI <0,5: especificidad 97%, VPN 92%; LiverRisk <10: especificidad 98%, VPN 85%.

Conclusiones: El diagnóstico precoz de FH es clave para la buena evolución de los pacientes tributarios de CB. El índice Fib-4, por su sencillez y accesibilidad, se presenta como la herramienta más útil para la detección de FH en estos pacientes sin provocar un retraso terapéutico. Los pacientes con riesgo intermedio o alto deberían presentar una evaluación hepática más detallada prequirúrgica. Implementar este método de forma sistemática nos permitirá optimizar la selección de candidatos y minimizar riesgos intraoperatorios y postoperatorios.

P-02

¿EL ESTADO MENSTRUAL AFECTA EL RESULTADO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA?

INFERENCIA DEL ESTADO MENSTRUAL I RESULTADOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Elisabet Julià Verdaguer¹, Eulàlia Ballester Vázquez¹, Andrea Norte Garcia¹, M Cecilia Laguzzi Rosas², Irene Casado Ferreras¹, Laia Sala Vilaplana¹, Antonio Moral Durate¹, Sonia Fernández Ananín¹.

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España; ²Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

Introducción: El envejecimiento se asocia a un aumento de la prevalencia de la obesidad. La menopausia, debido a una disminución de producción de hormonas ováricas, conduce a cambios metabólicos, como un aumento de grasa visceral y sarcopenia.

Se sugiere que las mujeres menopáusicas puedan experimentar una menor pérdida de peso después de la cirugía bariátrica. El objetivo del estudio es analizar la relación de la edad, el sexo y el estado de menopausia presunta con la pérdida de peso y la resolución de la comorbilidad.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes de cirugía bariátrica operados entre 2008 y 2022. Debido a la falta de datos sobre el estado menstrual en la base de datos retrospectiva, y basándose en el hecho de que el 90% de las mujeres experimentan la menopausia entre los 45 y 55 años, se clasificó a las mujeres en 3 grupos: <45 años (yo): presuntamente premenopáusicas; 45-55 años: presuntamente perimenopáusicas y > 55 años: presuntamente posmenopáusicas. Los hombres fueron clasificados en los mismos rangos de edad.

Se incluyeron el peso prequirúrgico, 1 año y 3 años postoperatorio, el IMC y las comorbilidades y el %TWL, %EWL al año y 3 años.

Resultados: Se incluyeron 425 pacientes:

- 117 hombres (27,5%): <45 años 25 (21,4%) / 45-55 años 43 (36,8%) / >55 años 49 (41,9%).
- 308 mujeres (72,5%): <45 años 88 (28,6%) / 45-55 años 102 (33,1%) / >55 años 118 (38,3%).

Los hombres presentaron mayor peso prequirúrgico: 134,4Kg (DE 24,9) frente a las mujeres 115Kg (DE 18,6) ($p<0,001$). Los hombres >55 años tuvieron un IMC prequirúrgico más bajo (42,2 kg/m²) en comparación con las otras cohortes ($p<0,001$).

Las mujeres >55 años tuvieron un IMC más alto al año y a los 3 años después de la cirugía: 33,3 y 34,0 kg/m² (p.007).

Los pacientes > 55 años, en ambos sexos, tuvieron %TWL y %EWL más bajos al año y a los 3 años después de la cirugía (p.002/.006 y $p<.001/<.001$). Las mujeres >55 años mostraron %TWL y %EWL significativamente menores al año y 3 años después de la cirugía (p.<001).

Preoperatoriamente, los hombres tenían mayor tasa de comorbilidad ($p<0,001$). Se observó una menor tasa de resolución de la HTA y la dislipidemia en >55 años ($p<0,001 / <0,001$) y se observó una menor resolución de la diabetes mellitus en hombres >55 años (p001).

Conclusiones: Los resultados indican que las mujeres mayores de 55 años pierden menos peso al año y al tercer año después de la cirugía en comparación con las otras cohortes.

Las mujeres tienen una menor tasa de comorbilidades prequirúrgicas, y tanto hombres como mujeres > 55 años mostraron una menor resolución de las comorbilidades.

P-03

ANÁLISIS COMPÁRATIVO ENTRE EL ABORDAJE ROBÓTICO VS LAPAROSCÓPICO EN EL BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX

Silvia Sanchez Infante Carriches¹, Carlos Ferrigni Gonzalez¹, Tamara Diaz Vico¹, Maria Teresa Perez Domene¹, Claudia Caraballo Angeli¹, Jacob Motos Mico¹, Luis Miguel Estela Villa², Alejandro Garcia Muñoz Najar¹, Camilo Jose Castellon Pavon¹, Manuel Duran Poveda¹.

¹Hospital Rey Juan Carlos, Mostoles, España; ²Hospital Rey Juan Carlos., Mostoles, España.

Introducción: La cirugía sigue siendo la opción más efectiva para el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades. El bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) es una de las técnicas más utilizadas a nivel mundial, lo que genera la necesidad de evaluar la seguridad y eficacia de los abordajes más empleados en la actualidad: robótico versus laparoscópico.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos entre enero de 2023 y diciembre de 2024 mediante BGYR robótico (BGYR-R) y laparoscópico (BGYR-L). Se incluyeron datos característicos de cada paciente, así como los resultados y complicaciones postoperatorias.

Resultados: Se incluyeron un total de 139 pacientes sometidos a BGYR, de los cuales 81 (51%) fueron operados por laparoscopia y 79 (49%) con asistencia robótica. El sexo predominante fue el femenino, con 102 pacientes (73,4%), sin diferencias significativas entre grupos ($p=0,06$). La edad media fue de $48,41 \pm 10,12$ años.

Las comorbilidades predominantes fueron síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) en 124 pacientes (89,2%), esteatosis hepática en 112 pacientes (80,6%) y resistencia a la insulina en 65 pacientes (46,76%). El 79,8% (100 pacientes) fueron clasificados como ASA III.

El IMC medio prequirúrgico fue de $40,49 \pm 3,79$ kg/m² ($40,22 \pm 3,84$ kg/m² en BGYR-L y $40,78 \pm 3,75$ kg/m² en BGYR-R, $p=0,3$).

Se realizaron más reparaciones de hernia de hiato en el grupo laparoscópico (12 pacientes) en comparación con el grupo robótico (5 pacientes), con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,004$). El tiempo quirúrgico fue mayor en el grupo BGYR-R, con una media de $116,99 \pm 31,2$ minutos, frente a $68,38 \pm 14,5$ minutos en el grupo BGYR-L ($p=0,001$).

No se observaron diferencias en las mediciones de dolor postoperatorio según la escala EVA ni en las variables analíticas comparadas (leucocitosis y proteína C reactiva, $p=0,16$ y $p=0,32$, respectivamente).

Los pacientes sometidos a BGYR-L presentaron una tasa de dehiscencia de anastomosis superior a la de los pacientes sometidos a BGYR-R (4,22% vs. 0%, $p=0,02$), requiriendo reintervención quirúrgica en el postoperatorio precoz. En un caso, el paciente desarrolló múltiples complicaciones que requirieron ingreso prolongado en la unidad de cuidados intensivos. Ningún paciente operado con asistencia robótica requirió reintervención por complicaciones quirúrgicas.

Se registraron cuatro reingresos dentro de los primeros 30 días postoperatorios, dos en cada grupo. En el grupo BGYR-L, un paciente reingresó por dehiscencia de la anastomosis con colección asociada y otro por fiebre secundaria a flebitis. En el grupo BGYR-R, los reingresos fueron por rectorragia autolimitada y por un episodio de hematemesis leve, ninguno de los cuales requirió intervención quirúrgica o endoscópica.

La estancia hospitalaria media fue de $26,72 \pm 16,79$ horas, sin diferencias significativas entre los grupos ($p=0,09$).

Conclusión: En nuestra experiencia, el abordaje robótico para la realización del bypass gástrico en Y de Roux es más seguro y presenta una menor tasa de complicaciones postoperatorias en comparación con el abordaje laparoscópico, sin aumentar el tiempo de estancia hospitalaria y reduciendo la necesidad de reintervenciones.

P-04

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UNA NUEVA TÉCNICA DE PLICATURA GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA SIN INVAGINACIÓN INTERNA (WII) EN PACIENTES CON OBESIDAD: ESTUDIO PILOTO

Roger Mendez Roca.

CLINICA HIGEA, Cartagena, Colombia.

La obesidad es un problema de salud pública global que requiere intervenciones efectivas y seguras. La plicatura gástrica laparoscópica (PGL) ha emergido como una alternativa menos invasiva a las otras técnicas quirúrgicas; la plicatura gástrica convencional presentan complicaciones significativas, como obstrucción gástrica e isquemia. Este estudio tiene como objetivo principal evaluar la efectividad y seguridad de una nueva técnica de PGL sin invaginación interna (Wii) en la pérdida de peso y el control de comorbilidades en pacientes con obesidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuasi-experimental, de tipo antes y después, en una cohorte de 15 pacientes que se sometieron a la PGL Wii entre agosto de 2022 y diciembre de 2023. El seguimiento postquirúrgico varió entre 2 y 30 meses. Se analizaron variables como el peso prequirúrgico, índice de masa corporal (IMC), porcentaje de exceso de peso perdido (%EWL), complicaciones postoperatorias, evolución de comorbilidades. Los datos se procesaron con SPSS v30.

Resultados: El 93,3% de los pacientes fueron mujeres, con una edad promedio de 32 años. El 80% de las cirugías fueron ambulatorias, y la estancia hospitalaria promedio fue de 24 horas. El peso prequirúrgico promedio fue de 93,67 kg (rango: 75-114 kg) y el IMC promedio fue de 36,26. No hubo conversiones a cirugía abierta. Se presentaron tres complicaciones (20%): un sangrado intraoperatorio resuelto con ligadura sin transfusión; dos colecciones intraabdominales tratadas con manejo médico y un hemotórax coagulado que requirió drenaje toracoscópico. No se registraron estenosis, obstrucciones intragástricas, fugas ni necrosis gástrica, y no hubo mortalidad. El %EWL promedio fue de 30,2% al primer mes, 53,5% a los 3 meses, 70,4% a los 6 meses, 77,7% a los 9 meses, y 86,1% al año. Se observó remisión o mejoría del 100% en comorbilidades como síndrome dificultad respiratoria del obeso, cefalea, ansiedad y poliartralgias. El 66,7% de los pacientes con gastritis reportaron mejoría.

Discusión: La PGL Wii demuestra ser una técnica segura y efectiva, con una pérdida de peso superior a la reportada en la literatura para las técnicas convencionales. Nuestros resultados muestran un %EWL del 86% al año, en comparación con el 60,3% reportado en otros estudios. Además, la tasa de complicaciones fue menor y no se registraron complicaciones graves. Estudios previos reportan tasas de vómitos incoercibles del 79,5% y readmisiones del 25%, mientras que nuestra serie no presentó estos eventos, no se registraron reintervenciones quirúrgicas.

Conclusiones: La PGL Wii ofrece una alternativa prometedora a las técnicas convencionales, reduciendo complicaciones y mejorando la pérdida de peso y la calidad de vida de los pacientes. Al eliminar la invaginación interna, esta técnica minimiza riesgos de obstrucción e isquemia, demostrando una mayor sostenibilidad en la pérdida de peso a largo plazo. Aunque estos resultados son preliminares y basados en una muestra pequeña, sugieren que la PGL Wii podría representar un avance significativo en la cirugía bariátrica. Se requieren estudios con un mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar estos hallazgos.

P-05

MEDICIÓN ECO-LAPAROSCÓPICA DEL ESPESOR DE LA PARED GÁSTRICA: IMPLICACIONES EN LA SELECCIÓN DE CARGAS EN LA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

Carlos Sala¹, Inmaculada Torrijo¹, M. Carmen Fernández¹, Elena Muñoz¹, Rafael García¹, Gracia Barber¹, Jesús Burguera².

¹Unidad de Obesidad. Hospital Quironsalud Valencia, Valencia, España; ²Unidad de Obesidad. Hospital Quironsalud Valencia., Valencia, España.

Antecedentes: La selección de cargas en la Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GVL) se basa en estudios de compresión tisular de los años 60, mediciones del grosor de la pared gástrica (GPG) de la pieza quirúrgica isquémica extraída y la percepción subjetiva del grosor por parte del Cirujano (PSC).

Objetivo: Evaluar la viabilidad y precisión de la Eco-laparoscopia intraoperatoria para medir el GPG durante la GVL y analizar los factores de riesgo de sangrado postoperatorio.

Métodos: El GPG se midió intraoperatoriamente en 50 pacientes consecutivos sometidos a GVL en cinco partes del estómago utilizando un Eco-Laparoscopio (Hitachi-Arietta750 VE®). La selección de la carga siguió el protocolo Negra-Verde-Verde-Dorada-Dorada-Azul con pausa precompresión de 60s y refuerzo con sutura barbada.

El GPG del antro se categorizó por parte del cirujano según su PSC como más delgado, normal o más grueso de lo habitual. La PSC más fina llevó a utilizar el color verde en lugar del negro para la primera carga, y la PSC más gruesa, a la administración de 20mg de butilescopolamina intravenosa. La sensibilidad y especificidad del PSC en comparación con la GPG real medida se evaluó mediante análisis de pruebas diagnósticas.

La sobre-compresión se determinó restando la altura de la grapa cerrada del GPG medido mediante eco-laparoscopia. Los factores de riesgo de sangrado se analizaron mediante análisis univariado y modelo lineal generalizado de efectos mixtos (MLGM).

Resultados: El GPG medido con el eco-laparoscopio de los 50 pacientes sometidos a GVL mostró uniformidad a lo largo del estómago, sin diferencias significativas según variables demográficas o clínicas ($p > 0,05$). El GPG medio en el antro fue de $5,7 \pm 1,0$ mm, incisura angularis $5,9 \pm 0,9$ mm, cuerpo gástrico distal $5,6 \pm 1,1$ mm, cuerpo gástrico proximal $5,5 \pm 1,0$ mm y ángulo de His $5,7 \pm 1,1$ mm. No hubo complicaciones intraoperatorias relacionadas con las mediciones. La PSC demostró una precisión limitada, con una sensibilidad del 18,2% para detectar un antro más delgado y del 50% para un antro más grueso.

Apreciamos sangrado intraoperatorio en 54 de 304 grapados (17,7%). El factor "compresión de la línea de grapas" aumentó significativamente el riesgo de sangrado ($p < 0,001$). Se determinó un umbral de sobre-compresión de 3 mm, con una sensibilidad del 70% y especificidad del 66%. Un GLMM identificó el protocolo de enoxaparina y la sobre-compresión < 3 mm como predictores significativos del riesgo de sangrado.

Conclusiones: Según nuestro conocimiento, este estudio representa la primera evaluación eco-laparoscópica in vivo e intraoperatoria del GPG real.

Nuestros hallazgos indican que el GPG en pacientes con obesidad es uniforme en todo el estómago e independiente de medidas antropométricas y comorbilidades.

La selección de cargas guiada por eco-laparoscopia en GVL, con sobre-compresión superior a 3mm, puede reducir el sangrado intraoperatorio de la línea de grapas.

La medición eco-laparoscópica intraoperatoria de GWT puede servir como una herramienta de toma de decisiones para la selección adecuada de carga en la GVL.

Se deben realizar más estudios para confirmar que la selección de carga guiada por eco-laparoscopia también puede conducir a una reducción del sangrado y las fugas postoperatorias tras GVL.

P-06

PERFIL METABÓLICO DE LAS VÍAS DEL TRIPTÓFANO: IMPLICACIONES EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA Y LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA

Guillermo Renau González, Nicolak Lobo Flores, Stephanie Haupt Arabia, Èlia Bartra Balcells, Anna Trinidad Borrás, Marta París Sans, Margarida Vives Espelta, Fàtima Sabench Pereferrer, Daniel Del Castillo Déjardin, Antonio Sánchez Marín.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.

Objetivos: La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) está cobrando mayor importancia debido a su íntima relación con la obesidad y al aumento de esta de manera global. La alteración de las vías metabólicas del triptófano podría estar relacionada con la fisiopatología de la misma y en consecuencia con la presencia de MASLD. El objetivo del estudio es evaluar el papel de las vías metabólicas del triptófano en relación con las diferentes etapas histológicas de MASLD.

Material y métodos:

Analizamos una cohorte de 76 pacientes. De estos, se seleccionaron 18 controles normopeso y 58 pacientes con obesidad grado III o superior candidatos a cirugía bariátrica. El grupo candidato a cirugía se dividió en 3 grupos según la histología hepática de una muestra obtenida intraoperatoriamente: hígado normal (NL), esteatosis simple (SS) y esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH). Posteriormente, se realizó un análisis de expresión génica de indolamina 2,3-dioxigenasa 1 (IDO-1) y monooxigenasa de quinurenina-3 (KMO) hepáticas, enzimas implicadas en la vía del triptófano. Se utilizó cromatografía líquida de ultra alta resolución en ambos grupos para cuantificar los niveles circulantes de 15 metabolitos relacionados con el triptófano, pertenecientes a las vías del ácido quinurénico (KYNA), el indol y la serotonina.

Resultados: Los pacientes con obesidad grado III o superior presentaron de manera significativa una mayor concentración de diferentes metabolitos relacionados con la quinurenina, una disminución del ácido indol-3-acético y del ácido indol-3-propiónico, y una alteración en la vía de la serotonina. Por otra parte, niveles elevados de triptófano se asociaron con la presencia de MASLD (37,659 [32,577–39,823] μM en sujetos con NL vs 41,522 [38,803–45,276] μM en pacientes con MASLD; $p = 0,0235$). En general, se observó una inducción del catabolismo del triptófano a través de la vía de la serotonina en pacientes con SS, y a través de la vía de la quinurenina en MASH. Se encontró una menor expresión hepática de IDO-1 y KMO en NL en comparación con SS.

Conclusiones: En nuestro estudio se ha identificado una huella metabólica distintiva en los pacientes con obesidad mórbida y MASLD, caracterizada por cambios en las vías catabólicas del triptófano. Se han encontrado alteraciones de la vía del triptófano específicas según el estado histológico de la enfermedad. Esto podría ayudar en futuras investigaciones a determinar las dianas metabólicas sobre las que actuar (como KMO o el IDO-1) para combatir la MASLD y la obesidad.

P-07

IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA PÉRDIDA DE PESO A LARGO PLAZO TRAS SADI-S

Andrea Castillo Medina, Julian Sánchez Cardona, Beatriz Enríquez Relaño, María Teresa Dávila Álvarez, José Luis Romera Martínez, Miguel Ángel Rubio Herrera, Antonio Torres García, Andrés Sánchez Pernaute.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Introducción: La pandemia de COVID-19 pudo haber afectado los resultados postquirúrgicos de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica y metabólica debido a factores como la alteración de los hábitos alimenticios, reducción de la actividad física, ocasionar efectos psicológicos negativos, así como limitaciones en la atención médica, por ejemplo, retrasando el seguimiento postoperatorio.

Objetivos: Evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 en los resultados de pérdida de peso a largo plazo en pacientes intervenidos de SADI-S.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo con datos recopilados prospectivamente de 253 pacientes intervenidos de SADI-S en nuestro centro entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre del 2019 con un seguimiento postoperatorio de 60 meses. Los pacientes fueron agrupados en dos cohortes según la fecha de su cirugía: previo al 14 de marzo de 2015 (pre-COVID) y después de esta fecha (COVID). El grupo COVID incluyó a todos los pacientes cuyo seguimiento coincidió con el periodo de confinamiento declarado en España el 14 de marzo de 2020.

Resultados: Se incluyeron 253 pacientes: 91 en el grupo pre-COVID y 162 al grupo COVID. La mediana de edad al momento de la cirugía fue de 48,0 años (IQR 40,0-55,0) y el 67,2% de los pacientes fueron mujeres. El peso promedio al momento de la cirugía fue 126,8±20,1kg y el IMC promedio fue 46,6±6,0kg/m². No se encontraron diferencias significativas en las características basales entre ambas cohortes. Se consiguió un seguimiento a los 60 meses postoperatorios en el 89,0% del grupo pre-COVID y 65,4% del grupo COVID. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje total de pérdida de peso (%TWL) en todos los periodos de seguimiento: 12 meses (42,0±9,1 vs 38,4±8,7, p=0.003), 24 meses (43,1±10,1 vs 38,8±9,6, p=0.003), 36 meses (41,9±10,2 vs 36,6±9,9 p=0.000), 48 meses (40,3±10,3 vs 35,0±10,2, p=0.001) and 60 meses (39,0±10,5 vs 35,0±9,9, p=0.009).

Conclusiones: La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en los resultados de pérdida de peso tras la cirugía bariátrica y metabólica. Estos hallazgos resaltan la importancia de la modificación del estilo de vida y del seguimiento por parte de un equipo multidisciplinario para garantizar los mejores resultados a largo plazo.

P-08

OBESIDAD SARCOPÉNICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN

Juan Manuel Nieto Arranz, Lourdes Hernández Cosido, Laura Soria Hernández, Beatriz Barón Salvador, Andrés Valera Montiel, Juan Sebastián Vargas Parra, Susana Martín Domínguez, Antón Sánchez Lobo, Francisco Blanco Antona, Felipe Carlos Parreño Manchado.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Introducción: La sarcopenia, originalmente considerada una condición del paciente anciano está demostrando ser una enfermedad por sí misma, así como un predictor independiente de morbimortalidad que puede aparecer en cualquier edad.

La obesidad es una enfermedad que desencadena de forma independiente la sarcopenia, esto se debe a las múltiples alteraciones metabólicas que aparecen en el paciente obeso. El aumento del estrés oxidativo, los estados proinflamatorios y la resistencia a la insulina favorecen la pérdida de músculo, así como la ausencia de ejercicio y alimentación poco equilibrada. Debido a esta asociación surgió el concepto de obesidad sarcopénica.

La cirugía bariátrica es un tratamiento efectivo para la obesidad y sus comorbilidades, pero la disminución de la ingesta y malabsorción asociada a las distintas técnicas quirúrgicas pueden desencadenar una pérdida de la masa magra.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de obesidad sarcopénica en los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro, así como los cambios que aparecen en el seguimiento.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional analizando los datos de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica entre junio de 2023 y diciembre de 2024. Se calculó la masa muscular mediante el índice de masa muscular apendicular estimada (ASMI) con la fórmula utilizada por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y la fuerza muscular mediante un dinamómetro Jamar. Los puntos de corte de dichas mediciones fueron los establecidos por la EWGSOP2. Las mediciones de fuerza de prensión y circunferencia de pantorrilla se realizaron al ingreso, y en las revisiones en consulta en el 1-3 mes postoperatorio, 3-6 mes y al año. El estudio de correlación se realizó mediante el ANOVA de pruebas repetidas y las pruebas Q de Cochran y McNemar.

Resultados: En el periodo del estudio se intervinieron 60 pacientes, de los cuales 39 (65%) fueron mujeres. La edad media fue de 48 años (DE: 9 años). Se realizaron 54 (90%) gastrectomías verticales y 6 (10%) bypass gástrico. El IMC prequirúrgico medio fue de 44.8 (DE: 5.7). Previo a la intervención se detectó disminución de la masa muscular en 28 pacientes (47.5%) y disminución de la fuerza muscular en 9 (15.3%), llegando al diagnóstico de sarcopenia en 5 pacientes (8.5%). El IMC medio en consultas sucesivas fue de 39.8 (DE: 5.6), 33.9 (DE: 5.3) y 30.6 (DE: 5.6) con una relación descendente significativa ($p: <0.001$), sin embargo, no se observaron diferencias significativas en la evolución del ASMI ($p: 0.468$). El número de pacientes con baja masa muscular en el seguimiento en consultas fue de 33 (55%), 23 (52.3%) y 8 (53.3%). Y el número de pacientes con sarcopenia fue de 7 (12.3%), 3 (6.8%) y 1 (6.7%) respectivamente. Estas diferencias respecto a la medición prequirúrgica no fueron significativas.

Conclusiones: En nuestra muestra la prevalencia de obesidad sarcopénica fue del 8.5%. En el seguimiento no observamos diferencias respecto a la capacidad muscular a pesar de un descenso significativo del peso. Es preciso continuar con el estudio a largo plazo para poder confirmar estas conclusiones.

P-11

CIRUGIA BARIÁTRICA EN MAYORES DE 65 AÑOS

Silvia Sanchez Infante Carriches, Tamara Diaz Vico, Carlos Ferrigni Gonzalez, Maria Teresa Perez Domene, Claudia Isabel Caraballo Angeli, Jacob Motos Mico, Luis Miguel Estela Villa, Camilo Jose Castellon Pavon, Alejandro Garcia Muñoz Najar, Manuel Duran Poveda.

Hospital Rey Juan Carlos, Mostoles, España.

Introducción: El incremento en la obesidad y la esperanza de vida de los países desarrollados han condicionado un aumento en el número de pacientes mayores de 65 años sometidos a cirugía bariátrica en nuestro medio, lo que implica la necesidad de analizar la eficacia y la seguridad de estas técnicas.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico en el que se han incluido todos los pacientes mayores de 65 años intervenidos de cirugía bariátrica entre los años 2013 y 2023.

Resultados: Se han incluido un total de 40 pacientes (34 (85%) mujeres). La edad media fue de $67,08 \pm 1,74$ años. El seguimiento medio ha sido de $38,5 \pm 12,1$ meses. Las comorbilidades predominantes fueron el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) (34 (85%) pacientes), hipertensión arterial (HTA) (32 (80%) pacientes) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (29 (72,5%) pacientes). El IMC medio prequirúrgico fue de $41,19 \pm 4,65$ kg/m² ($42,04 \pm 6,44$ kg/m² en el caso de los pacientes sometidos a gastrectomía vertical (GV), y $40,83 \pm 3,72$ kg/m² para los pacientes sometidos a bypass gástrico en Y de Roux (BGYR), ($p=0,2$)). El procedimiento dominante fue el BGYR (28 (70%) intervenciones). A los 24 meses de seguimiento postoperatorio, cuatro (33,3%) de los pacientes sometidos a GV fueron convertidos a BGYR por clínica de reflujo gastroesofágico o reganancia ponderal. El 97,5% de las intervenciones fueron mediante abordaje laparoscópico. El tiempo medio de hospitalización fue de $2,1 \pm 1,23$ días, sin presentarse complicaciones postoperatorias ni fallecimientos.

A los 12 meses postoperatorios, el IMC medio fue de $29,17 \pm 7$ kg/m², siendo el de las GV de $31,22 \pm 14$ kg/m² y el de los BGYR de $28,5 \pm 2,59$ kg/m² ($p=0,18$). El porcentaje de exceso de peso perdido medio (%EWL) fue de $67,7 \pm 25\%$ (%EPP de 38,19% para las GV y 77,9% para los BGYR). El porcentaje de pérdida total de peso medio (%TWL) fue de $25,71\% \pm 10,2$ (%TWL de 13,63% en GV ($p=0,001$) y 29,9% en BGYR, $p=0,019$).

La comorbilidad que presentó mayor mejoría tras la cirugía fue la DM2, retirándose el tratamiento en 16 de los 33 pacientes que completaron el año de seguimiento (55% del total de pacientes con DM2 preoperatoria).

Conclusión: La cirugía bariátrica constituye una alternativa segura y eficaz para la pérdida de peso y la resolución de comorbilidades asociadas en pacientes mayores de 65 años, especialmente cuando la técnica empleada es el BGYR.

P-13

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA PACIENTES CON INDICACIÓN DE CIRUGÍA PERO QUE POR DECISIÓN PROPIA DECIDEN FÁRMACO

Patricia Vila Sabater¹, Rocío O'connor², Rocío Fábregas³, Lara Montero², María Malet³, Jose Andrés Mateo¹, Elia Zurdo², Ester Martín Almenta², Jose Vicente Ferrer Valls¹, Claudio Lazzara¹.

¹Clínica Obésitas, Valencia, España; ²Clínica Obésitas, Madrid, España; ³Clínica Obésitas, Barcelona, España.

Introducción: Los agonistas del receptor GLP-1, se han mostrado como una opción efectiva para la pérdida de peso. En nuestro ámbito, muchos pacientes con indicación de cirugía, han solicitado llevar a cabo tratamiento farmacológico antes de valorar una posible cirugía, y analizamos su resultado (1).

Objetivos: Valorar la efectividad del tratamiento con semaglutida, analizando su impacto en la reducción de peso, la duración y la tolerabilidad del fármaco, así como la satisfacción del paciente.

Pacientes y Métodos: Se estudian un total de 48 pacientes con un IMC inicial medio de 38.5 ± 3.6 , quienes recibieron tratamiento con semaglutida a dosis progresivas ajustadas según protocolo de indicación farmacéutica. Se analizó la evolución del peso e IMC durante el tratamiento, así como la duración media del mismo y la tasa de abandono por efectos adversos. Para evaluar la significancia estadística de la reducción del IMC se realizó una prueba T-Student.

Resultados: El IMC inicial de los pacientes fue de 38.5 ± 3.6 kg/m², reduciéndose tras el tratamiento a 35.4 ± 4 kg/m² ($t = 7.87$, $p < 0.0001$) (Tabla 1). El tiempo medio de tratamiento fue de 3.67 meses. En cuanto al uso de fármacos, Wegovy fue el más utilizado (68.8%), seguido de Ozempic (29.2%) y caso con Saxenda (2.1%). Se registró un abandono de tratamiento debido a efectos adversos de un 2.1%. Los principales efectos adversos del tratamiento son náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal y fatiga, pese a ello, la tolerancia general fue elevada (Tabla 2).

Conclusiones: El tratamiento con semaglutida se presenta como una alternativa efectiva para pacientes con indicación de cirugía bariátrica que optan por prescindir de la intervención. Pese a que los resultados en pérdida de peso son positivos, no fueron suficientes para resolver el problema de obesidad a largo plazo. Además, es crucial evaluar la respuesta de estos efectos a largo plazo. La tolerabilidad del fármaco sigue siendo un factor clave en el éxito terapéutico, lo que destaca la necesidad de estrategias que mejoren la adherencia y reduzcan los efectos adversos para maximizar los beneficios del tratamiento.

Variable	Promedio
IMC Inicial	38.5 (36.1 - 42.2)
IMC Final	35.3 (33.1 - 37.6)
Peso Inicial (kg)	104.8 (92.5 - 118.3)
Peso Final (kg)	96.1 (85.7 - 108.2)
Pérdida de Peso (kg)	8.7 (5.2 - 12.1)
Duración del tratamiento (meses)	3

Tabla 1: Evolución del IMC y peso tras tratamiento farmacológico

Fármaco	Pacientes
Wegovy	33 (68.8%)
Ozempic	14 (29.2%)
Saxenda	1 (2.1%)
Pacientes que abandonaron por efectos adversos	1 (2.1%)

Tabla 2: Distribución de los fármacos utilizados y tasa de abandono

Bibliografía:

1. Rubino F, et al. Metabolic effects of GLP-1 receptor agonists in obesity management. *Obes Surg.* 2021;31(4):2154-2162. doi:10.1007/s11695-020-05070-5.

P-14

DERIVACIONES BILIOPANCREÁTICAS COMO TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN PACIENTES CON DIABETES TIPO I

Jaime Dobarro Rosales, Javier Baltar Boileve, Benjamín Thorpe Plaza, Francisco Fernando Santos Benito, Aurelio Manuel Martís Sueiro, Omar Al-Massadi Iglesias, Yasmina Lago Martínez, Mar Diéguez Álvarez, Purificación Parada González.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Introducción: La cirugía bariátrica se consolida como una intervención metabólica utilizada en el control de la diabetes. Aunque sus beneficios están bien documentados para la obesidad y la diabetes tipo 2, la evidencia de sus efectos es mucho más limitada en pacientes con diabetes tipo 1.

Objetivo: Evaluar los efectos ponderales y metabólicos a largo plazo de las derivaciones biliopancreáticas en un paciente con diabetes tipo 1 y obesidad severa.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente varón de 57 años, que padece obesidad severa (IMC 49), DM tipo 1 con bomba de insulina desde los 49 años debido a mal control metabólico, hipertensión arterial, dislipemia y SAOS. Fue intervenido mediante gastrectomía vertical y derivación duodenoileal (SADI-S), por vía laparoscópica sin complicaciones inmediatas. Se realiza seguimiento postoperatorio durante 8 años.

Resultados: Tras la intervención, el paciente logra una pérdida de peso progresiva; manteniéndose a los 8 años en 80kg (IMC 27,3). En cuanto a la evolución de su diabetes, partía de una HbA1c de 8,9%, llegando actualmente a 7,5% y reduciendo las necesidades de insulina desde >100UI/día a 35 UI/día, desde el tercer mes postoperatorio, que se mantienen en el seguimiento a largo plazo. También pudo abandonar el tratamiento antihipertensivo y la CPAP.

Conclusión: Nuestro caso muestra el beneficio duradero que la cirugía aporta para un mejor control metabólico en pacientes obesos con DM tipo 1. La evidencia muestra que la cirugía bariátrica es efectiva en el control de la diabetes tipo 2 en pacientes con obesidad, no así en pacientes diabéticos tipo 1. En el ámbito de la cirugía de la obesidad y la diabetes tipo 1 la literatura es escasa, incluyendo sólo **pocos casos** de pacientes intervenidos mediante baipás gástrico o gastrectomía vertical. **Por los buenos resultados metabólicos que logra**, el SADI-S podría ser una alternativa eficaz, siendo preciso futuras investigaciones que aborden su papel en la práctica clínica y evalúen resultados en cohortes más amplias.

P-15

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO: ANÁLISIS ESTRATIFICADO POR RANGO DE BMI

Oier Aizpurua Olabe, Ines Eguaras Cordoba, Concepción Yarnoz Irazabal, Erik Gonzalez Tolaretxipi, Carlos Chaveli Diaz, Jose Luiz Ramirez Cervera, Guadalupe Talavera Utrera, María Del Coro Miranda Murua.

Hospital de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: El Bypass Gástrico (BG) constituye en la actualidad el tratamiento quirúrgico de elección de la obesidad mórbida (BMI < 45), no obstante, existen dudas sobre su efectividad en pacientes que presentan BMI >45.

Objetivo: Evaluar los resultados en cuanto a pérdida ponderal mediante análisis en función del BMI preoperatorio en pacientes intervenidos en un centro de tercer nivel.

Material y métodos: Serie consecutiva de 132 pacientes a los que se les ha realizado una intervención de bypass gástrico laparoscópico entre 2017-2025.

Se ha realizado el estudio de morbimortalidad a 90 días. La evaluación ponderal de peso se ha medido en porcentaje de pérdida total de peso perdido y en porcentaje de exceso de peso perdido correspondientes al BG. Las variables cuantitativas se han expresado en mediana y en amplitud intercuartil (AI) y las cualitativas en porcentajes. Para la comparación entre las variables cualitativas se ha empleado el test de U de Mann-Whitney.

Resultados: Se han intervenido 132 pacientes (91 mujeres, 41 hombres), mediana de edad de 47 años (AI 17.5), mediana de BMI 44 (AI 9)

De ellos, el 50.1% presentaban DM, Hiperlipidemia 34,8%, HTA 44.6%, SAHOS 47,7%, cardiopatía 8,3%, eventración 4,5% y Helicobacter pylori positivo 23,4%.

La mortalidad fue de 0%. Las complicaciones mayores (Clavien-Dindo ≥IIIB) 5,08%

La mediana de los días de estancia hospitalaria ha sido de 4 días (AI 2)

Tabla 1 Distribución de pacientes según medidas antropométricas iniciales y resultados ponderales tras intervención quirúrgica a 3 y 5 años

	BMI < 45	BMI > 45
Número (%)	87 (65,9 %)	45 (34,1 %)
Resultados a 3 años		
Número	38	35
BMI	29 (AI 4)	34 (AI 5)
%PTPP	28,8 (AI 11,4)	30,64 (AI 11,8)
%EIMCP	75,7 (AI 29,3)	65 (AI 28,5)
Resultados a 5 años		
Número	24	24
BMI	29,3 (AI 4,25)	34,2 (AI 5,25)
%PTPP	28,4 (AI 9,3)	29,7 (AI 16,9)
%EIMCP	71,4 (AI 28)	59,1 (AI 23)

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas del peso e IMC entre el inicial y los 3 años. Existen diferencias significativas en el %PTPP y %EIMCP a favor de los pacientes con IMC inicial <45.

Conclusión: Los resultados de esta serie han sido satisfactorios en términos de morbimortalidad y de pérdida ponderal en pacientes con BMI < 45 y ≥45.

P-16

MOTIVOS DE CIURUGÍA BARIÁTRICA REVISIONAL EN NUESTRO HOSPITAL DURANTE 5 AÑOS

Carolina Peck Garcia¹, Lucia Alonso Rodriguez¹, Maria Hernandez O'reilly², Juan Gaijda Escudero¹, Inmaculada Mellado Sánchez¹, Jose Daniel Sanchez Lopez¹, Esther Ferrero Celemin¹, Antonio Luis Picardo¹.

¹Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes, España; ²Hospital Infanta Sofia, SAN SEBASTIAN DE LOS REYES, España.

Introducción: La cirugía bariátrica es, en la actualidad, el mejor tratamiento a largo plazo en la obesidad; siendo las técnicas que más se utilizan: SADIS (IMC muy elevados), BPG y GV con resultado similares; y la banda gástrica. Se considera una adecuada pérdida de peso, cuando se alcanza un >10% el peso perdido o >20% de sobrepeso perdido. Las indicaciones de cirugía de revisión incluyen tanto el tratamiento de las complicaciones (p.e. ERGE), como la re-ganancia o pérdida insuficiente de peso.

Objetivo: El objetivo de este estudio es describir cuales son las características de los pacientes que se han sometido a cirugía bariátrica de revisión y los motivos por los que se ha realizado dicha cirugía en el Hospital Infanta Sofia.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo en incluyendo los pacientes operados de cirugía bariátrica en el hospital Infanta Sofia entre el año 2018 y el año 2022. Las variables recogidas son comorbilidades, evolución del IMC y el peso previos y posteriores a las cirugías, el año de la cirugía de revisión (incluyendo las cirugías de conversión), motivo de la cirugía y técnica realizada.

Resultados: Se realizaron un total de 331 cirugías bariátricas. Requirieron cirugía de revisión 33 pacientes, con una edad media de 51,42 años (DE 8,75); y en su mayoría mujeres (67,7%) con las comorbilidades descritas en la Tabla 1. Los motivos de estas cirugías incluyen principalmente clínica de RGE; y en segundo lugar fracaso terapéutico, por ganancia ponderal o pérdida insuficiente de peso. Entre otros motivos menos frecuentes están disfagia, vómitos y dumping. La cirugías de revisión realizadas consistieron conversión de GV a BPG(73,52%), alargamientos de asa en un BPG previo (6%), conversión de GV a SADIS (6%) reducción de reservorio tras BPG (6%) y retirada de banda con realización de BPG (3%).

Conclusiones: Se han realizado 33 de cirugías de revisión, en un 9,97% de los pacientes. En un 66,7% de los pacientes, cuyo motivo de cirugía de revisión fue una pérdida insuficiente de peso o ganancia ponderal, se logró alcanzar el >10% el peso perdido o >20% de sobrepeso perdido. En un 80% de los pacientes operados por clínica de RGE y en todos los pacientes operado por clínica de "dumping" o vómitos, esta se resolvió. En el 69,23% de nuestros pacientes, la cirugía de revisión exitosa.

Variables demográficas	
EDAD m(de)	51,42 (8,75)
SEXO (MUJER)	76,7% (23)
Comorbilidades	
HTA %(n)	67,7% (23)
DM %(n)	33,3% (11)
Tabaco %(n)	24% (8)
SAOS %(n)	66,7% (22)
ECV %(n)	6,06% (2)
Dolor OM %(n)	42, 2% (14)

Tabla 1.

P-17

CIRUGIA REVISIONAL POR REGANANCIA PONDERAL TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL: ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS

Helena Fernández Mateo, Ruth López González, Sara López Cerrillos, Sergi Sánchez Cordero, Rodrigo Hermoza, Jordi Pujol Gebelli.

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, España.

Objetivos: Este estudio revisa la literatura sobre opciones de CBR en pacientes con reganancia ponderal tras GV, presentando cuatro casos clínicos con distintas alternativas quirúrgicas.

Material y métodos:

Caso 1: Mujer de 42 años con antecedente de GV que consulta por reganancia ponderal. Su índice de masa corporal (IMC) máximo fue de 61, con un nadir de 40 y un IMC actual de 46. Los estudios preoperatorios, incluyendo tránsito esofagogastroduodenal (TEGD) y gastroscopia (FGS), no muestran patología. Dado su IMC máximo superior a 50 kg/m², se decide conversión a cruce duodenal (CD).

Caso 2: Mujer de 65 años con GV previa y ERGE severo. Su IMC máximo fue de 50 y el actual de 31. El TEGD preoperatorio evidencia reflujo, mientras que la FGS no muestra lesiones en la mucosa. Se realiza conversión a bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) para controlar el reflujo evitando la reganancia ponderal.

Caso 3: Mujer de 53 años con GV previa y pérdida de peso insuficiente. Su IMC máximo fue de 56 y el actual de 40. Los estudios preoperatorios no muestran alteraciones. Dado su elevado IMC prequirúrgico y la ineficacia de la GV, se propone conversión a bipartición intestinal.

Caso 4: Mujer de 38 años con GV y buena respuesta inicial. Su IMC máximo fue de 56, con un nadir de 40 y un IMC actual de 47. El TEGD evidencia dilatación de la GV, mientras que la FGS es anodina. Se decide conversión a regastrectomía vertical.

Resultados: Los casos expuestos reflejan la diversidad de opciones tras el fracaso de la GV. Según la literatura, entre un 2 y un 20% de los pacientes sometidos a GV presentan complicaciones que justificarían una CBR. La conversión más habitual es a BGYR, con buenos resultados en pérdida de peso y control del ERGE. La regastrectomía es común en casos con dilatación del remanente gástrico. La decisión sobre la mejor CBR es controvertida, ya que no existen estudios aleatorizados que demuestren superioridad entre técnicas.

Conclusiones: La CBR es un procedimiento más complejo que la CB primaria y conlleva mayor riesgo de complicaciones. Su incidencia ha aumentado debido al crecimiento de la CB a nivel mundial. A falta de consenso sobre la mejor técnica revisional tras GV, es esencial continuar generando evidencia que guíe futuras modificaciones en las guías internacionales, facilitando una mejor toma de decisiones por parte de los cirujanos.

P-18

INCIDENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Nuria Saura Padilla, Esther Muñoz Rodríguez, Antonio Morandeira Rivas, Elena Fernández Menor De Santos, Adrián Sánchez Almogoea, Francisco Sánchez De Pedro, Juan Bautista Muñoz De La Espada, Carlos Moreno Sanz.

Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.

Objetivo: Analizar la incidencia de hernia incisional a nivel del orificio de trocar en pacientes con obesidad mórbida intervenidos de cirugía bariátrica.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo. Se incluyeron los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica primaria entre 2018-2021, con un seguimiento mínimo de un año. El abordaje fue laparoscópico con cinco trócares (dos de 12 mm a nivel de hipocondrio derecho e izquierdo, uno de 11 mm en línea media, y dos de 5 mm subxifoideo y en flanco izquierdo). En caso de extracción de pieza se realizó ampliando el orificio de trocar de 12mm izquierdo. Se analizó la incidencia de hernia incisional a nivel de los orificios de los trócares, seroma e infección de la herida, así como los factores de riesgo involucrados en su aparición. Además, se analizó la incidencia de patología abdominal previa presente en el momento de la cirugía bariátrica.

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes en el estudio, 60% mujeres, con una edad media de 47,7 +/- 8,9 años. En relación con las comorbilidades asociadas, el 32% de los pacientes padecía Diabetes Mellitus tipo 2, el 54% hipertensión arterial, el 43% dislipemia, un 56 % utilizaba CPAP, y el 8% tomaba anticoagulantes orales. Un 15,2% de los pacientes eran fumadores. El Índice de masa corporal preoperatorio medio fue de 45,5 +/- 6,6 Kg/m². Un 15,2% de los pacientes presentaba una hernia o eventración de una cirugía previa en el momento de la cirugía bariátrica. Los procedimientos realizados fueron gastrectomía vertical en 51 pacientes, bypass gástrico en 49 y SADI-S en cinco. En relación con las complicaciones de las heridas, un 4,8% de los pacientes presentaron seroma y un 6,7% infección superficial. Con un seguimiento medio de 3,8 +/- 1,4 años, dos pacientes (1,9%) presentaron una hernia sintomática a nivel del trocar de 11 mm (línea media/para-rectal izquierdo).

Conclusiones: La presencia de patología de la pared abdominal en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica en el momento de la cirugía es frecuente. Sin embargo, la incidencia de hernia incisional sintomática en los orificios de los trócares es baja.

P-19

¿LA CIRUGÍA BARIÁTRICA LOGRA UNA PÉRDIDA PONDERAL SUFICIENTE PARA EL TRATAMIENTO ÓPTIMO DE LA HERNIA INCISIONAL O PRIMARIA?

Nicolak Bernardo Lobo Flores, Margarida Vives, Stephanie Haupt Arabia, Miriam Galiana, Marta Paris, Elia Bartra, Anna Trinidad, Fátima Sabench, Daniel Del Castillo, Antonio Sánchez Marín.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.

Objetivos: La obesidad incrementa el riesgo de complicaciones postoperatorias en la cirugía de reparación herniaria, así como la posibilidad de recidiva posterior. Por ello, la presencia de obesidad suele considerarse una contraindicación para este tipo de intervenciones, recomendándose una pérdida de peso previa. La cirugía bariátrica (CB) ha demostrado ser la opción más eficaz para lograr una pérdida de peso sostenida a largo plazo

Los objetivos de nuestro trabajo son:

- Evaluar la eficacia de la cirugía bariátrica (CB) en la reducción del peso corporal de pacientes con obesidad ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) y hernia (HE) (primarias o incisionales) y determinar si esta pérdida ponderal facilita una reparación quirúrgica de la HE, reduciendo las complicaciones postoperatorias y la recurrencia.
- Determinar si los pacientes alcanzan el IMC objetivo tras la cirugía bariátrica antes de someterse a la reparación de la HE.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo unicéntrico en el servicio de Cirugía General, incluyendo a 21 pacientes diagnosticados con hernia primaria o eventración. Todos los pacientes fueron inicialmente sometidos a cirugía bariátrica (ya sea Bypass gástrico en Y de Roux (BG) o Gastrectomía vertical (GV) ambas por laparoscopia. Posteriormente, tras alcanzar una pérdida ponderal significativa, se procedió a la reparación quirúrgica de la HE. El periodo de estudio abarcó desde 2020 hasta 2024.

Resultados y Conclusiones:

- La mayoría de los pacientes fueron mujeres (71,4%, 15 mujeres y 28,6%, 6 varones).
- El 42,9% fueron sometidos a un BG y el 57,1% a GV.
- La clasificación EHS mostró una distribución diversa. Las más frecuentes fueron M3W1 (19,0%) y M3W1R1 (14,3%), seguidas por varias combinaciones con un 9,5% y un 4,8% de los casos. De los 21 pacientes, 11 (52,4%) presentaban recidivas antes de la CB
- El promedio del Total Weight Loss (TWL) fue de 29,02% de su peso inicial antes de la cirugía de reparación de la hernia, con una mediana de 29,61% y una desviación estándar de 9,128 indicando una considerable variabilidad en la pérdida de peso.
- El 71,4% fueron sometidos a reparación de la hernia de forma electiva, el 28,6% lo fueron por urgencia, la tasa de recidiva fue del 4,8%. El 66,7% de los pacientes no presentaron complicaciones postoperatorias. Las complicaciones observadas, como seroma y dehiscencia cutánea, no comprometieron la recuperación.
- El tiempo medio entre la cirugía bariátrica y la reparación de la hernia fue de 28,05 meses. Logrando un IMC promedio de 31 kg/m^2 , con una mediana de 29,76 antes de la reparación de la HE.

La cirugía bariátrica en pacientes con obesidad y patología herniaria logra una pérdida ponderal significativa que contribuye a una reparación quirúrgica efectiva de la hernia, con bajas tasas de complicaciones postoperatorias y recurrencia. No se encontraron diferencias significativas entre los tipos de cirugía bariátrica, pero ambos muestran resultados favorables en términos de pérdida de peso.

P-20

EL DRAMA DE LAS HERNIAS UMBILICALES EN EL OBESO MÓRBIDO

Carolina Duro Penkova, Javier Baltar, Fernando Santos, Jaime Dobarro, Manuel Madriñán, Purificación Parada.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Objetivos: La hernia umbilical constituye entre un 3-14% de las hernias de la pared abdominal, siendo la segunda en frecuencia tras las hernias inguinales. Su incidencia es significativamente mayor en pacientes obesos, aumentando de entre 5 y 20 veces más; según la evidencia entre un 10-30% de los pacientes obesos mórbidos pueden presentar una hernia umbilical.

Consecuentemente, la cirugía de reparación de la pared abdominal representa un reto altamente significativo en estos pacientes debido a los riesgos subyacentes de su obesidad.

Esta comunicación permite realizar un análisis sobre los factores de riesgo predisponentes para una complicación postquirúrgica en estos casos: técnicos, propios del paciente, contextuales, en donde la planificación individualizada, así como la importancia de una exitosa preparación previa a la cirugía umbilical constituyen ser claves para obtener el mejor tratamiento.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de tipo serie de casos, en el que se incluyen tres pacientes obesos ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) que presentaron sucesivas complicaciones postoperatorias tras una cirugía inicial de hernia umbilical no complicada.

Esta intervención realizada de manera programada y con expectativas de rápida recuperación, lideró a un conjunto de reintervenciones cada cual con una creciente morbimortalidad que invita a un análisis crítico de esta sucesión de eventos.

Resultados: La cirugía de hernia umbilical en pacientes con obesidad mórbida está asociada con mayor morbimortalidad quirúrgica y complicaciones: riesgos intraoperatorios (dificultad técnica, mayor sangrado, dificultad anestésica) así como postoperatorios (elevada tasa de recidiva, infección, dehiscencia).

Según las guías, es vital un buen enfoque quirúrgico en estos pacientes siendo la vía laparoscópica la preferida, con menor tasa de infección y mejor recuperación. El planteamiento de la cirugía bariátrica como un puente previo a la reparación umbilical en pacientes con IMC elevado es clave: facilita una importante reducción de peso y con ello de presión intrabdominal, mejora las comorbilidades asociadas a la obesidad, optimiza al paciente preintervención favoreciendo una menor tasa de complicaciones. Con todo ello, supone una vía de abordaje secuencial en donde se recomienda esperar entre 6 y 12 meses para la realización de la intervención umbilical.

Conclusiones: Existen numerosos factores de riesgo predisponentes, muchos de ellos previsibles, para el desarrollo de una complicación. Las medidas de prevención deben ir dirigidas a mejorar los factores de riesgo modificables contando con el apoyo multidisciplinar necesario, realizando un abordaje quirúrgico en donde se extremen las precauciones y la calidad técnica.

Con todo ello, es altamente recomendable que los pacientes obesos con hernia umbilical sean evaluados de manera holística antes de la cirugía y la cirugía bariátrica previa representa una estrategia efectiva para la reparación posterior de la hernia umbilical.

P-21

TAMAÑO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA DE GASTRECTOMÍA VERTICAL ¿QUÉ INFORMACIÓN NOS APORTA?

Estibaliz Álvarez Peña, María Heras Garceau, Camilo Zapata Syro, Fredy Atahualpa Arenas, Jose Tomás Castell Gómez, Manuel Miras Estacio, Carlos Durán Escribano.

Clínica la Luz, Madrid, España.

Objetivos: La gastrectomía vertical es una técnica que se desarrolla en los años 2000 como primer paso para la derivación biliopancreática en el cruce duodenal. Desde entonces su ascenso ha sido meteórico, con muy buenos resultados hasta convertirse en la técnica quirúrgica bariátrica más realizada en el mundo.

Material y métodos: Analizamos retrospectivamente los datos obtenidos en nuestro centro, tras estudiar los especímenes de gastrectomía vertical, durante el año 2024.

Resultados: Se operaron un total de 28 gastrectomías verticales. Edad Media 37,8 años (23-67). El 75% de la serie fueron mujeres. El diámetro medio de la pieza quirúrgica fue de 3,69 cm (2-7) y longitud media 19,73 cm (14-26). Analizando las comorbilidades: antecedentes psiquiátricos (depresión y ansiedad) el tamaño medio 2,91 cm (2-4); diabetes mellitus 3,25 cm (2-4,5) y SAOS 3,25 cm (2,5-4,5). Se encuentra una diferencia significativa entre sexos: varones 4,32 cm (3-5,5), mujeres 3,48 cm (2-7). El 28,5% de la serie había tenido implantado un balón intragástrico, el diámetro de esta subpoblación es de 4 cm (2,5-5,5). No se han apreciado diferencias en función de la edad. Las piezas donde se identificó *Helicobacter pylori*, presentaban un diámetro de 4,1 cm (3-5,5) mayor a la media. No se encuentran diferencias en función de IMC, con diámetro 3,5 cm en obesidad grado II, 3,63 cm en obesidad mórbida. El tiempo medio de seguimiento ha sido de 8,42 meses y analizando el porcentaje de exceso de peso perdido: >65% en 10 pacientes: 3,72 cm (2-7); 50-65% en 5 pacientes: 3,4 cm (2,5-4,5) y <50% en 13 pacientes: 3,79 cm (2,5-5,5).

Conclusiones: La serie presentada es muy limitada en cuanto a número de pacientes y tiempo de seguimiento. Llama la atención como el diámetro es mayor en pacientes con balón intragástrico previo, varones e infección por *Helicobacter pylori*. Las publicaciones sobre el tema presentan resultados similares. No existe correlación entre IMC y tamaño de la resección gástrica ni con los resultados de pérdida de peso.

P-22

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA ROBÓTICO HUGO-RAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: RESULTADOS PRELIMINARES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO SIN EXPERIENCIA EN CIRUGÍA ROBÓTICA

Qiaomiao Lin, Maria Carmen Balagué Ponz, Lilian Maria Escobar Lezcano, Noelia Puértolas Rico, Jordi Farguell Piulachs, Maria Luisa Galaviz Sosa, Juan Francisco Hinojosa Fano, Sergio Julio Alfonso Villazán, Joaquín Rodríguez Santiago, Salvadora Delgado Rivilla.

Hospital Mutua, Terrassa, España.

Objetivo: La cirugía bariátrica ha evolucionado significativamente con el avance de las tecnologías mínimamente invasivas. Los sistemas quirúrgicos robóticos, como el sistema HUGO, prometen mejorar la precisión quirúrgica, optimizar la ergonomía y reducir las complicaciones postoperatorias. Este estudio presenta la experiencia inicial de un hospital universitario en la implementación del sistema robótico HUGO para cirugía bariátrica, evaluando los resultados clínicos y quirúrgicos preliminares.

Material y métodos: Entre abril y diciembre de 2024, realizamos 25 procedimientos bariátricos utilizando el sistema robótico HUGO en nuestra unidad. Los procedimientos incluyeron 13 gastrectomías en manga (SG), 9 bypass gástricos (GB) y 3 duodeno-yeyunostomías (DJ) (2ª etapa del SADI). Los datos fueron recolectados prospectivamente sobre variables intraoperatorias y postoperatorias (tiempo quirúrgico, complicaciones intra y postoperatorias, conversión a laparoscopia, estancia hospitalaria), así como consideraciones relacionadas con la curva de aprendizaje del equipo quirúrgico.

Resultados: El tiempo promedio de acoplamiento fue de 5 minutos, mientras que el tiempo promedio de consola fue de 4 minutos para SG, 5 minutos para GB y 5 minutos para DJ, con una reducción progresiva en los tiempos operatorios conforme avanzaba la curva de aprendizaje. Las pérdidas sanguíneas fueron inferiores a 20 ml en todos los casos, y un caso de GB requirió conversión a cirugía laparoscópica debido a dificultades técnicas con las colisiones de los brazos robóticos que dificultaron la ejecución quirúrgica. No se registraron complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria promedio fue de 2 días. Los cirujanos señalaron que el sistema HUGO mejoró la visualización intraoperatoria y la ejecución técnica, particularmente en 2 casos con IMC extremos (72 y 83) sometidos a SG.

Conclusiones: Nuestra experiencia preliminar sugiere que el sistema robótico HUGO es una herramienta viable y segura para la cirugía bariátrica, ofreciendo beneficios en términos de precisión quirúrgica en casos más complejos con visualización optimizada. Si bien estos resultados son preliminares, el potencial del sistema robótico modular parece prometedor, y se necesita un mayor volumen de pacientes con seguimiento a largo plazo para determinar su impacto definitivo en los resultados clínicos y la relación costo-efectividad.

P-23

ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA TÉCNICA SADI-S EN UNA SERIE DE CASOS

Silvia Sanchez Infante Carriches, Carlos Ferrigni Gonzalez, Tamara Diaz Vico, Maria Teresa Perez Domene, Claudia Isabel Caraballo Angeli, Jacob Motos Mico, Luis Miguel Estela Villa, Camilo Jose Castellon Pavon, Alejandro Garcia Muñoz Najar, Manuel Duran Poveda.

Hospital Rey Juan Carlos, Mostoles, España.

Introducción: El Bypass Duodenal-Ileal de Anastomosis Única con Gastrectomía en Manga (SADI-S) se introdujo en 2007 como una alternativa más segura y igualmente efectiva al switch duodenal convencional. El SADI-S puede realizarse como procedimiento primario o como cirugía de revisión en pacientes que han sido sometidos previamente a una gastrectomía en manga (GM).

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico que evalúa los resultados de los pacientes operados utilizando la técnica SADI-S.

Resultados: Se incluyeron un total de 10 pacientes: 5 fueron sometidos a SADI-S como técnica primaria, y 5 como cirugía de segunda etapa tras el re-ganancio de peso posterior a una GM. La edad promedio fue de 45 años, con predominio femenino (60%). La comorbilidad preoperatoria más frecuente fue la apnea obstructiva del sueño (80%).

La técnica predominante consistió en un SADI-S con un canal común de 250 cm medidos desde la válvula ileocecal (60% de los casos) y una anastomosis duodenoileal manual. Se utilizaron sondas de 37.5Fr en pacientes con GM previa y de 48Fr en aquellos sometidos a SADI-S primario. La estancia hospitalaria promedio fue de 1.61 días.

Dos pacientes (20%) presentaron complicaciones postoperatorias: un caso de hemoperitoneo causado por sangrado epiploico y un caso de peritonitis purulenta debido a una fuga en la anastomosis. Este último paciente falleció por complicaciones respiratorias tras una gastroscopia de control durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

Al seguimiento de un año, el grupo de cirugía de revisión tuvo un IMC promedio de 34.86 ± 5.6 kg/m² (IMC prequirúrgico de 41.73 kg/m²), mientras que el grupo de SADI-S primario tuvo un IMC promedio de 27.72 ± 2.5 kg/m² (IMC prequirúrgico de 45 kg/m²). A los dos años, el porcentaje de pérdida de exceso de peso (%PEP) en el grupo de revisión fue del 56.3% (51.25% al primer año), mientras que en el grupo de SADI-S primario fue del 75.69% (83.65% al primer año).

Todos los pacientes presentaron resolución completa de las comorbilidades asociadas al año de la intervención, con suspensión del tratamiento médico en todos los casos, excepto uno que continuó con el uso de CPAP.

Conclusión: El SADI-S es una opción quirúrgica efectiva para la pérdida de peso y la resolución de las comorbilidades relacionadas con la obesidad, especialmente cuando se realiza como procedimiento primario.

P-24

¿ES LA DERMOLIPECTOMÍA TRAS BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX UNA HERRAMIENTA PARA MANTENER LA PÉRDIDA DE PESO A LARGO PLAZO?

Francisco Castillejos Ibáñez, Raquel Alfonso Ballester, Rosa Martí Fernández, María Lapeña Rodríguez, Norberto Cassinello Fernández.

Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.

Introducción y Objetivos: La dermolipsectomía, tras cirugía bariátrica, puede mejorar la apariencia estética y mejorar la calidad de vida en pacientes con gran pérdida de peso. Sin embargo, su impacto en la pérdida de peso a largo plazo sigue siendo incierto, por lo que queremos evaluar si la dermolipsectomía favorece el mantenimiento de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo en una cohorte de pacientes a los que se les realizó dermolipsectomía tras bypass gástrico en Y de Roux (BGRY) entre los años 2011-2017. Como grupo control se seleccionaron pacientes intervenidos en el mismo período de tiempo a los que no se les realizó dermolipsectomía. Ambos grupos se siguieron durante 6 años tras BGRY. Se analizó la pérdida de IMC comparando antes del BGRY y a los 6 años, así como una vez alcanzado el peso nadir y a los 6 años.

También se estudió la evolución de otras variables como DM2 e HTA.

Resultados: En total se intervinieron 31 pacientes de dermolipsectomía tras BGRY con un IMC preoperatorio medio de 51,44kg/m² (edad media: 45,39 años). El grupo control estuvo formado por 31 individuos con un IMC preoperatorio medio de 45,64 kg/m² (edad media: 46,42 años). En ambos grupos hubo 25 mujeres (80,65%) y 6 varones (19,35%).

A los 6 años, los pacientes con dermolipsectomía presentaron una mayor reducción de IMC de forma significativa frente a los que solo se sometieron a BGRY. Tras alcanzar el peso nadir, el grupo control ganó peso (Pérdida IMC: - 1,29kg/m²) respecto al grupo dermolipsectomía que mantuvo el peso prácticamente sin cambios (Pérdida IMC: 0,28kg/m²). Estos resultados fueron significativos.

El grupo de la dermolipsectomía realizaba más ejercicio físico respecto al grupo control (61,29% versus 54,84%).

Después de la cirugía bariátrica, hubo control de la HTA en el 72,41% de los pacientes y de la DM2 en el 68,18%.

Conclusiones:

- El grupo con dermolipsectomía presentó mayor reducción de IMC a los 6 años tras BGRY.
- Tras alcanzar el peso nadir, el grupo control recuperó peso, mientras que el grupo dermolipsectomía a penas varió de peso. Esto sugiere un posible efecto protector de la dermolipsectomía frente a la reganancia.
- La dermolipsectomía podría mejorar la calidad de vida, facilitando la realización de ejercicio físico.
- La dermolipsectomía no influye en la remisión de la DM2 e HTA.
- Estos resultados indican que la dermolipsectomía, además de su función estética, podría contribuir a la estabilización del peso a largo plazo tras la cirugía bariátrica. Sin embargo, se requieren estudios adicionales con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado para confirmar su impacto definitivo en la pérdida de peso sostenida.

Tabla. Pérdida IMC entre el peso previo al BGRY y a los 6 años, y tras alcanzar el peso nadir y a los 6 años.

		Control	Dermolipsectomía	p-valor
Previo BGRY-6 años	Pérdida IMC(kg/m ²)	15,90 ± 4,62	20,06 ± 7,64	0,0119 [-7,37, -0,95]*
Peso nadir-6 años	Pérdida IMC(kg/m ²)	-1,29 ± 1,57	0,28 ± 2,77	0,000947 [-2,83, -1,02]**

*T-student; **Mann-Whitney

P-25

HELICOBACTER PYLORI Y GASTRECTOMÍA VERTICAL

Estibaliz Álvarez Peña, Maria Heras Garceau, Camilo Zapata Syro, Fredy Atahualpa Arenas, Jose Tomás Castell Gómez, Manuel Miras Estacio, Carlos Durán Escribano.

Clínica la Luz, Madrid, España.

Objetivos: La infección por *Helicobacter pylori* es una de las más frecuentes a nivel global, se estima que más de la mitad de la población mundial se infectará a lo largo de su vida. Aunque es de sobra conocido como factor carcinogénico, su papel en los pacientes obesos es mucho más complejo: disminución leptina, aumento de la resistencia insulínica, aumento de la distensibilidad gástrica... Su prevalencia en los pacientes bariátricos es muy variable, con rangos que varían del 8,7% en Alemania hasta el 85,5% en Arabia Saudí. No existe consenso sobre el tratamiento erradicador prequirúrgico.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de gastrectomía vertical en el año 2024 en nuestro centro con revisión de las piezas de anatomía patológica y la identificación de *Helicobacter pylori*.

Resultados: En el año 2024 fueron intervenidos 28 pacientes de gastrectomía vertical (59% de las cirugías bariátricas). Todos los procedimientos fueron realizados por el mismo equipo, con técnica estandarizada tutorizada con sonda 36Fr. El 75%(21) de nuestra serie fueron mujeres; edad media de 37,8 años (23-67). IMC medio fue 40,86. El 71% (20) de las piezas quirúrgicas presentaba gastritis crónica: 75% (15) leve y el restante 25% (5) moderada. Se objetivaron bacilos *Helicobacter pylori* en 7 pacientes (25%), según la clasificación de Sidney, su densidad fue leve: 2 (28,5%), moderada 4 (57,3%) y severa 1 (14,2%). Entre los pacientes *Helicobacter pylori* positivo el diámetro medio de la pieza de gastrectomía fue de 4,1 cm (3-5,5) frente a 3,56 (2-7) en el grupo de *Helicobacter pylori* negativo, una longitud de la pieza similar en ambos grupos (19,28 en los positivos y 19,88 en los negativos). Analizando el porcentaje de exceso de peso perdido: el medio de la serie fue de 76,8%, el del grupo de *Helicobacter pylori* positivo fue de 84,6% y el del grupo negativo 74,18%. El tiempo medio de seguimiento fue de 8,42 meses, no hubo complicaciones quirúrgicas en la serie salvo una arritmia intraoperatoria sin repercusión.

Conclusiones: La infección por *Helicobacter pylori* supone un factor más en la compleja etiopatogenia de la obesidad. Son necesarios más estudios prospectivos para valorar si su erradicación preoperatoria puede ser otro condicionante más a tener en cuenta en la prehabilitación de estos pacientes.

P-26

REPARACION DE HERNIA DE BOCHDALEK GIGANTE Y BYPASS GÁSTRICO EN UN MISMO TIEMPO

Santiago Alonso Gomez, Cristian Cisterne Lopez, Daniela Rodriguez Marin, Rodrigo Abon Arrojo, Candela Contreras Garcia, Mariano Alvarez Antolinez, Paula Frias Ventosa, Sagrario Martinez Cortijo.

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón, España.

Objetivos: El objetivo del poster es describir el caso de un paciente intervenido de manera simultánea de una reparación de una hernia diafragmática de Bochdalek posterolateral izquierda gigante y un bypass gástrico.

Material y métodos: Paciente varón de 52 años de edad, con antecedentes personales de HTA y un IMC de 47. Asintomático desde el punto de vista digestivo, salvo leve pirosis ocasional. En el estudio preoperatorio se describe una gastroscopia con esofagitis y gastritis crónica. En el tránsito esofagogastroduodenal se objetiva una gran hernia diafragmática con estómago herniado en su totalidad en cavidad torácica, por lo que se realiza un TAC toraco-abdomino-pélvico observando una hernia diafragmática posterolateral izquierda gigante, con bazo, cola de páncreas, estómago y ángulo esplénico del colon herniado en hemitórax izquierdo. Resto del estudio preoperatorio sin hallazgos. El paciente se interviene mediante abordaje laparoscópico con realización de reparación de la hernia diafragmática gigante izquierda y bypass gástrico. En un primer tiempo se realiza reducción de contenido herniado a cavidad abdominal previa lisis de adherencias. Las medidas del defecto herniario fueron de 15x13 cm. Se coloca una malla bicapa de 20x20cm, fijada con sutura continua al borde del defecto diafragmático. Tras ello se realiza bypass gástrico simplificado antecólico y antegástrico con asa biliar de 80cm y asa alimentaria de 150cc. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

Conclusiones: La concurrencia de una cirugía bariátrica y una reparación de una hernia diafragmática gigante es una combinación poco frecuente. Esta combinación quirúrgica es factible realizarla en un mismo tiempo quirúrgico siempre y cuando se realice en centros especializados que cuenten con unidades de cirugía bariátrica.

P-27

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE TELEASISTENCIA DIRIGIDO POR ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE PACIENTES DE CIRUGÍA BARIÁTRICA: UN ESTUDIO CUASI EXPERIMENTAL

Manuel García-Redondo, María De Los Ángeles Maqueda-Martínez, Manuel Ferrer-Márquez, Francisco Rubio-Gil, Ricardo Belda-Lozano, Daniel González-Sánchez, Ricardo Fernández-Muñoz, Ana Fuentes-Zaplana, Ángel Reina-Duarte.

Hospital Torrecárdenas, Almería, España.

Objetivos: La obesidad es un reto creciente para la salud pública debido a su elevada prevalencia y las comorbilidades asociadas. La cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para conseguir una reducción de peso sostenida cuando han fracasado los tratamientos más conservadores. Este estudio evalúa el impacto de un programa de seguimiento de teleasistencia dirigido por enfermeras en el postoperatorio inmediato de pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Métodos: Se realizó un estudio cuasi-experimental en dos hospitales del sur de España. Se incluyeron 161 pacientes que cumplían los criterios de inclusión: un índice de masa corporal (IMC) ≥ 40 kg/m² o un IMC ≥ 35 kg/m² con comorbilidades asociadas, y el fracaso de los tratamientos no quirúrgicos. Los pacientes se dividieron en dos grupos: el grupo de intervención (GI), que recibió llamadas telefónicas de seguimiento de una enfermera especializada durante los primeros 30 días postoperatorios, y el grupo de control (GC), que recibió atención estándar. La enfermera, que estaba disponible 24 horas al día, respondía a preguntas y consultas por teléfono o derivaba a los pacientes al servicio de urgencias si era necesario. Se registraron diversas variables, como el número de consultas telefónicas, motivos de consulta, número de visitas a urgencias, reingresos y reintervenciones quirúrgicas.

Resultados y Conclusiones: El GI mostró una reducción significativa de las visitas a urgencias (4,9% frente a 30% en el GC), y las consultas estaban relacionadas principalmente con la dieta y el drenaje. La intervención de teleasistencia de enfermería mejoró significativamente la recuperación postoperatoria al reducir las complicaciones, optimizando la seguridad y la calidad de los cuidados postoperatorios. Estos resultados refuerzan la importancia de un seguimiento personalizado para mejorar los resultados clínicos de los pacientes bariátricos.

P-28

IMPACTO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL Y EL METABOLISMO BASAL EN PACIENTES CON OBESIDAD

Maria Jose Palacios Fanlo¹, Susana Ara Gimeno², Pilar Irún Irún³, Marta Sánchez Luengo³, Gabriel Lozano Berges⁴, Ana Moradell Fernández², Angel Matute Llorente⁵, Angel Lanas Arbeloa⁶, Alejandro Gómez Bruton⁴, José Antonio Casajús Mallén⁴.

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España; ²Universidad de Zaragoza. Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España; ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN). Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). Instituto de Salud Carlos III, Zaragoza, España; ⁴Universidad de Zaragoza. Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón). Instituto de Salud Carlos III, Zaragoza, España; ⁵Universidad de Zaragoza. Instituto de investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón). Instituto de Salud Carlos III. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España; ⁶Universidad de Zaragoza. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón). Instituto de Salud Carlos III, Zaragoza, España.

Introducción: La pérdida de peso inducida por la cirugía bariátrica (CB) afecta tanto al tejido adiposo como al tejido magro (1), lo que conlleva una pérdida no deseada de masa muscular, lo cual podría impactar la fuerza muscular y la función física (2). La evidencia científica establece una relación estrecha entre la tasa metabólica en reposo (TMR) y el tejido magro (3), sugiriendo que una disminución del tejido magro podría ralentizar aún más la TMR, lo que podría dificultar la pérdida de peso y aumentar el riesgo de recuperación del peso perdido (4).

Objetivos: El objetivo de este estudio es: 1) describir los efectos a corto plazo de la CB sobre la composición corporal y la TMR, y 2) evaluar la asociación entre los cambios en el tejido magro y la TMR.

Métodos: Los datos presentados son parte de un ensayo clínico aleatorizado en curso (5). 25 participantes (15 mujeres) completaron dos evaluaciones (una semana antes y 7 semanas después de la cirugía de manga gástrica). La composición corporal se evaluó con densitómetro dual de rayos-X (DXA), y la TMR se evaluó con calorimetría indirecta. Se calcularon los cambios absolutos y los porcentajes. Se realizaron pruebas t pareadas para evaluar los cambios y se utilizaron correlaciones de Pearson para evaluar las asociaciones entre ellos

Resultados: Los participantes presentaron un IMC inicial de 45.5 ± 4.81 y una edad de 39.07 ± 9.04 . Siete semanas después de la CB, se observaron reducciones significativas en el peso corporal (-16.7 ± 4.31 kg) el tejido adiposo (-8.39 ± 2.75 kg), el tejido magro (-7.93 ± 2.86 kg) y la TMR (-344 ± 152 kcal), todas $p < 0.001$. El cambio en la TMR se correlacionó con la pérdida de peso ($R=0.402$; $p=0.047$), mientras que se encontró una tendencia entre los cambios en el tejido magro y la TMR ($R=0.344$; $p=0.092$).

Conclusión: CB resultó en reducciones significativas en el peso corporal, el tejido adiposo, el tejido magro y la TMR a corto plazo. La correlación observada entre la pérdida de peso y la disminución de la TMR sugiere que la reducción del peso y el tejido magro podrían contribuir a la disminución de la TMR. Estos hallazgos destacan la importancia de monitorear y gestionar la pérdida de tejido magro en pacientes sometidos a CB para optimizar los resultados a largo plazo y minimizar el riesgo de recuperación del peso perdido.

Bibliografía:

1. Wiggins T et al., 2020. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003206
2. Coen PM et al., 2018. DOI:10.1249/JES.000000000000168
3. Conte C et al., 2024. DOI:10.1001/jama.2024.6586
4. Argyrakopoulou G et al., 2023. DOI:10.1007/s13679-023-00528-x
5. Bruton et al., 2024. doi:10.1186/s13063-024-08221-7

Grants and funding:

S.A.G. have received a PhD grant from “Gobierno de Aragón” (CUS/621/2023)

The present project has received funding from the CIBER Physiopathology of Obesity and Nutrition and CIBER of Hepatic and Digestive Diseases.

P-29

IMPACTO DE LA PREHABILITACIÓN PREOPERATORIA EN LA MASA MUSCULAR DE PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Carla Leal Ferrandis, Inmaculada Torrijo Gómez, Raúl Cánovas De Lucas, David Murillo Povedano, Maria Amparo Pérez Benajas, Maria Del Carmen Martínez Bagant.

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.

Introducción: Tanto la obesidad como la cirugía bariátrica (CB) generan cambios metabólicos. Aunque tradicionalmente la sarcopenia se ha asociado al envejecimiento, recientemente ha surgido el concepto de obesidad sarcopénica (OS). A pesar de que no existe un consenso claro sobre su definición o criterios diagnósticos, podría identificarse, según la ESPEN y la EASO, en pacientes con índice de masa corporal (IMC) elevado y marcadores de baja masa y función muscular. Por otro lado, algunos autores sugieren que la sarcopenia podría ser una consecuencia de la CB. Por ello, evaluar la masa muscular preoperatoria, entre otros factores, es crucial para determinar si esta condición existía antes de la cirugía e identificar a los pacientes en riesgo de sarcopenia.

La ecografía musculoesquelética destaca como una técnica de medición más accesible, económica y reproducible en comparación con la impedanciometría, especialmente en el contexto del seguimiento preoperatorio, donde evaluar la pérdida de masa muscular puede ser crítico para planificar estrategias de rehabilitación.

Objetivos: Describir la utilidad de la ecografía para valorar la masa muscular preoperatoria como marcador de sarcopenia en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, permitiendo comprobar si existen cambios antes y después de una rehabilitación preoperatoria basada en nutrición enteral.

Material y métodos: Se realizaron mediciones ecográficas del espesor del músculo recto femoral (en mm) a 5 cm del polo superior de la rótula, antes y después de la rehabilitación con nutrición enteral hiperproteica-hipocalórica.

Resultados: 47 pacientes, 31(66%) mujeres y 16(34%) hombres, con indicación de cirugía bariátrica, realizaron la rehabilitación preoperatoria durante 24.49 días de media. La edad media fue de 45.11(19-66). El 27.7% eran hipertensos y el 8.5% diabéticos, con un peso medio previo de 130.86(90-186) kilogramos y un IMC de 46.34(36-70.31), y de 124.69(85-180)kg e IMC 44.16(32.35-65.62), el día de la cirugía.

El espesor muscular promedio inicial fue de 16.97 mm (9-26), reduciéndose a 15.92 mm tras la rehabilitación (8.4-25), con una reducción significativa de 1.04 mm ($p=0.04$).

El análisis por género mostró diferencias estadísticamente significativas únicamente en mujeres (mujeres: 15.58 mm vs. 14.79 mm, $p=0.029$; hombres: 19.65 mm vs. 18.13 mm, $p=0.056$).

En cuanto a los subgrupos por edad, los pacientes < 40 años no presentaron diferencias significativas (18.52 mm a 18.23 mm, $p=0.525$), mientras que sí se encontraron en >40 años (16.37 mm a 15.04 mm, $p=0.007$).

A nivel individual, 26 pacientes (55.4%) presentaron reducciones en el espesor del músculo recto femoral, de -1 a -9 mm: 19 (73%) redujeron hasta -2.5 mm y 7 (27%) más de -2.5 mm.

Conclusiones: Tras la rehabilitación se redujo significativamente el grosor del músculo recto femoral, especialmente en mujeres y pacientes mayores de 40 años, con reducciones individuales en un 55.4% de los pacientes. Esta reducción, si se comprueba como clínicamente significativa, podría tener un impacto funcional en los pacientes sometidos a una CB, pudiéndose plantear la recomendación de suplementación proteica.

P-30

ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL LINEAL VS. CIRCULAR EN BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO PRIMARIO: ¿ES MOMENTO DE ESTANDARIZAR LA TÉCNICA?

Nayi Xiomara Duque Álvarez, Sergio Ortíz Sebastián, María Marco Gómez, José Eloy Cobarro Yelo, Tamara Viñas Martínez, Silvia Carbonell Morote, José Luis Estrada Caballero, José Manuel Ramia Ángel.

Hospital General Universitario, Alicante, España.

Introducción: El bypass gástrico es una de las cirugías más realizadas en cirugía bariátrica actualmente. Sin embargo, no se cuenta con una estandarización en la técnica de realización de la anastomosis gastroyeyunal, pudiendo realizarse manual o mecánica (circular o lineal). Muchos estudios evidencian mayor número de complicaciones tardías en la anastomosis circular, pero con poca evidencia con respecto a la pérdida de peso entre ambas técnicas.

Objetivo: Comparar dos técnicas de anastomosis gastroyeyunal en pacientes sometidos a bypass gástrico laparoscópico primario en términos de tiempo quirúrgico, complicaciones postoperatorias y pérdida de peso a medio plazo.

Método:

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de pacientes intervenidos de bypass gástrico laparoscópico primario desde enero 2020 a enero 2024 con anastomosis gastroyeyunal mecánica lineal latero-lateral de 25 mm (BGYR-L) vs circular (21 mm) (BGYR-C). Asa biliopancreática de 100 cm y asa alimentaria de 150 cm en ambos grupos. Se registraron datos demográficos, peso e IMC preoperatorio, comorbilidades, complicaciones a los 30, 90 días y al año de la cirugía, la pérdida ponderal mediante el porcentaje de sobrepeso perdido (%SPP), porcentaje de peso total perdido (%PTP) y porcentaje de exceso de IMC perdido (%EIMC) durante el seguimiento.

Resultados: Se intervinieron 133 pacientes, 81 BGYR-C y 52 BGYR-L. Edad media 52 años, 64% mujeres. No hubo diferencias de IMC preoperatorio en ambos grupos (47.6 kg/m² vs 48.6 kg/m²) ni en comorbilidades. No hubo diferencias en el tiempo operatorio, ni en las complicaciones postoperatorias precoces, estancia mediana postoperatoria de 48 horas. Sin embargo, hubo más complicaciones tardías en el BGYR-C como estenosis de la anastomosis que se presentó en el 10% y ninguna en BGYR-L, siendo estadísticamente significativo; que fueron diagnosticadas mediante gastroscopia y tratadas con dilatación endoscópica. En cuanto a la pérdida ponderal, el %PTP, %EIMC, %SPP a los 3, 6 y 12 meses (Tabla 1), no mostraron diferencias estadísticamente significativas ente ambos grupos.

Conclusiones: La anastomosis BGYR-C y BGYR-L son dos técnicas seguras, con pocas complicaciones precoces, buenos y similares resultados ponderales a medio plazo, sin embargo, existen mayor número de complicaciones tardías (estenosis) en el BPGY-C. Consideramos que el BPGY-L, debería plantearse como la mejor opción en la estandarización de la anastomosis en el BPG ya que garantiza una adecuada pérdida de peso sin aumentar el riesgo de complicaciones tardías.

Variables	Total (n=133)	Anastomosis circulares 81 (60.9)	Anastomosis lineales 52 (39.1)	P
IMC preQ, media	47.8	47.6	48.63	0.337
Peso preQ, media	114	114.5	117.7	0.425
Estenosis anastomosis, n (%)				
Si	8 (6)	8 (10)	0 (0)	0.021
No	125 (94)	73 (90)	52 (100)	
%SPP 3 meses, mediana	53.8	52.1	59,1	0.459
%exceso IMCP 3 meses, mediana	59,3	56.6	62.4	0.459
%PTP 3 meses, mediana	27.2	26.6	32.7	0.486
%SPP 6 meses, mediana	66.5	65.2	66.87	0.45
%exceso IMCP 6 meses, mediana	38.1	40.0	36.0	0.45
%PTP 6 meses, mediana	34.9	33.0	36.1	0.45
%SPP 12 meses, mediana	75.5	75.0	77.6	0.45
%exceso IMCP 12 meses, mediana	82.8	81.2	86.2	0.463
%PTP 12 meses, mediana	39.2	38.5	40.4	0.38

P-31

LA IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES: DOCTOR, TENGO UNA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Mónica García Aparicio, Benito Miguel Josa Martínez, Eneida Bra Insa, Elena Sagarra Cebolla, Xabier Remírez Arriaga, Julia Revuelta Ramírez, Raquel Ríos Blanco.

Hospital Infanta Cristina, Parla, España.

Objetivos: Alertar de la presentación paucisintomática de las complicaciones en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, ya que puede retrasar un diagnóstico adecuado y oportuno.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente intervenida de cirugía bariátrica, que experimentó una complicación grave y poco frecuente y su resolución.

Resultados: Mujer de 29 años con antecedente obesidad mórbida operada en 2020 mediante bypass gástrico laparoscópico, con adecuada pérdida ponderal. En marzo de 2024 ingresa en otro centro debido a anemia por hemorragia digestiva alta, que se relacionó con el remanente gástrico.

En noviembre de 2024 consultó 3 veces en urgencias por epigastralgia, afectación del estado general y taquicardia. En la última visita se observó elevación de reactantes de fase aguda, por lo que se realizó scanner, que reveló hallazgos compatibles con hernia interna, que condicionaba obstrucción intestinal en asa cerrada con signos de sufrimiento. Se decidió realizar laparotomía exploradora urgente, encontrando todo el paquete intestinal rotado sobre sí mismo varias veces, con datos de sufrimiento y líquido libre. Se objetivó necrosis completa del asa alimentaria, realizándose resección de la misma. Esto permitió liberar el resto de las asas y revisar el reservorio y remanente gástrico, así como el asa biliar (80 cm) y común (280 cm). Se aplicó suero caliente, evidenciando áreas parcheadas hipoperfundidas, y se optó por una cirugía de control de daños, dejando el abdomen abierto con la técnica del "sándwich".

Fue trasladada intubada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), requiriendo noradrenalina a bajas dosis, reposición de volumen y antibioterapia de amplio espectro.

A las 30 horas se realizó "second look", apreciando líquido libre hemático oscuro y necrosis significativa del paquete intestinal restante, que afectaba a toda el asa común, respetando los últimos 15 cm del íleon. Se resecaron 270 cm de yeyuno e íleon, conservando el asa biliar (90 cm). El reservorio gástrico era pequeño, de 5 x 4 cm, sin lesiones. El remanente gástrico estaba muy dilatado y adherido medialmente al reservorio. Se decidió restaurar la anatomía normal, resecando la anastomosis gastroyeyunal para realizar una anastomosis gastrogástrica (reservorio a remanente) y yeyunoileal, quedando 105 cm de intestino delgado.

La paciente regresó a UCI, donde evolucionó de manera muy favorable en las siguientes 24 horas, permitiendo suspender drogas vasoactivas e iniciar extubación. Inició ingesta oral al cuarto día postoperatorio. Presentó diarrea, que se controló con ajustes dietéticos y loperamida. Recibió el alta al duodécimo día postoperatorio.

En la consulta, al mes, estaba tolerando dieta blanda, con 1-2 deposiciones diarias e iba recuperando peso.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a cirugía bariátrica consultan pocas veces en urgencias por problemas relacionados con la misma, pero debemos tener siempre presente este antecedente y estar familiarizados en su manejo o solicitar la ayuda de cirujanos capacitados en esta área, ya que la demora en su atención puede acarrear serias complicaciones.

P-32

PARED ABDOMINAL COMPLEJA Y OBESIDAD: UN RETO TERAPEÚTICO

Danae Gil-Diez López-Maroto¹, Carlos Jimenez Viñas².

¹hospital comarcal de inca, inca, España; ²hospital Palmaplanas, palma, España.

Objetivos: Describir la incidencia de patología de pared abdominal en pacientes incluidos en un programa de cirugía bariátrica (CB) en un hospital comarcal.

Cuantificar el impacto de esta patología en la selección de pacientes, estudio preoperatorio, gestión de lista de espera y resultados del programa de CB.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de la incidencia de patología de pared abdominal pacientes incluidos en el programa de CB de un hospital comarcal entre febrero de 2019 y febrero de 2025.

Resultados: De los 139 pacientes incluidos en el programa de CB, 11 presentaban eventraciones o hernias umbilicales > 2 cm (7.9%).

La tasa de pacientes intervenidos con patología abdominal compleja concomitante es del 4.85 % y del 16.6 % en los pacientes incluidos en el programa de CB, pendientes de intervención.

De los 5 pacientes con patología de pared abdominal intervenidos de CB, solo 1 se realizó reparación de la hernia en el mismo acto quirúrgico (bypass gástrico), con tres casos de hernia ventral (HV) con pérdida de derecho a domicilio en los que se realizó un sleeve como terapia puente. Uno de los casos fue un hallazgo intraoperatorio.

En cuanto a los resultados, la tasa de reintervención < 30 días de todos los pacientes operados de CB es de 1.94%, siendo del 20% para los pacientes con HV concomitantes.

Dos de los 4 pacientes intervenidos con HV concomitante que no se repararon en el mismo acto quirúrgico, 2 precisaron reintervención urgente por obstrucción intestinal, un en el postoperatorio inmediato (< 7 días) del bypass y el otro al año de la intervención quirúrgica.

Conclusión: La presencia de HV en el paciente bariátrico supone un reto.

Por un lado existe el riesgo de infra diagnosticar esta patología en el preoperatorio al no realizar un TC abdominal sistemático y tratarse de un diagnóstico difícil mediante exploración física. El correcto diagnóstico es fundamental para la planificación de la cirugía. Son necesarios un interrogatorio dirigido y una exploración física exhaustiva para el despistaje de la HV en pacientes candidatos a CB solicitando un TC abdominal a todo paciente con dudas.

Si revisamos la literatura, no existe consenso sobre cuando es mejor reparar la pared abdominal, si durante la CB tras la intervención, una vez conseguida la pérdida ponderal. A pesar de las mejoras que ha aportado el abordaje laparoscópico de la HV para los pacientes obesos, es necesario contar con protocolos específicos para esta patología que nos ayude a decidir de manera individualizada cuando realizar la reparación (si de manera concomitante o diferida) y que abordaje utilizar (laparoscópico vs abierto). Esto junto con el trabajo multidisciplinar de optimización del paciente puede ayudar a planificar la intervención y mejorar los resultados.

Es importante tener en cuenta las HV con pérdida de derecho a domicilio, una patología infrecuente que aumenta mucho su prevalencia en los pacientes obesos. Pese al riesgo de complicaciones, la cirugía en dos tiempos parece la mejor opción para estos pacientes.

P-33

RESULTADOS TRAS DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO EN LAS PRIMERAS GASTRECTOMIAS VERTICALES.ROBÓTICAS. NUESTRA EXPERIENCIA

M^a De Los Angeles Mayo Ossorio¹, Ander Bengoechea Trujillo¹, Mercedes Fornell Ariza¹, Jose Manuel Pacheco Garcia².

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España; ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cadiz, España.

Introducción: La Gastrectomía vertical es actualmente la más empleada para el tratamiento quirúrgico de la obesidad a nivel mundial. El abordaje robótico cada vez se impone con más fuerza y aunque son muchos los detractores, en nuestra experiencia la Gastrectomía vertical es una técnica factible reproducible y con buenos resultados.

Objetivo: Presentamos nuestra experiencia tras seguimiento a dos años de los primeros pacientes intervenidos mediante ese abordaje en nuestro centro

Material y método: Desde junio de 2022 a junio de 2023, se han intervenido en el Hospital Puerta Del Mar de Cádiz 51 pacientes de obesidad mórbida por abordaje robótico, de ellas hemos realizado 24 gastrectomías verticales. Analizamos los resultados en cuanto a evolución del tiempo quirúrgico, estancia media, dolor, postoperatorio, complicaciones postoperatorias, pérdida ponderal, calidad de vida.

Realizamos la GV con la plataforma DaVinci XI con 4 trocares robóticos (2 de 8mm, 2 de 12mm y trocar adicional para el "airseal" por donde introducimos separador hepático. Realizamos el calibrado con sonda de Fouchet de 36 fr, e iniciamos la sección gástrica a 5-6 cm del piloto, empleando cargas verdes y azules de la endograpadora robótica de 60 mm protegidas con Seamguard, en función del número de pausas de la endograpadora robótica. No hemos usado en ninguno de los casos cargas negras y extraemos la pieza por el trocar de 12 mm del flanco izquierdo del paciente con bolsa. No dejamos drenaje.

Resultados: Se han intervenido 24 pacientes mediante GV robótica. 7 hombres y 17 mujeres, Edad Media de 43 años, peso medio 135 kg, IMC medio de 48.

Tiempo operatorio medio 75 min (min 35- max90)

Estancia media 48 horas

No complicaciones quirúrgicas ni precoces ni tardías.

PSP primer año posoperatorio 75,5% el primer año (min 55, Max 80), PSP 2º año 89% (Min 65- Max 94).

Dolor postoperatorio a las 24 y 48 horas de la cirugía medida con escala EVA fue de 1,5 puntos.

Calidad de vida escala

BAROS a los 2 años de la cirugía > 6 en el 88% de los pacientes (5-6 en 9% pacientes y 4-5 en 3% pacientes).

Discusión: Tras analizar nuestros resultados y a pesar de estar en la curva de aprendizaje durante el primer año, hemos realizado con éxito 24 verticales sin que se hayan producido complicaciones postoperatorias ni precoces ni tardías. Los resultados son equiparables a la cirugía laparoscópica tanto en tiempos quirúrgicos y estancia media, por tanto, podemos afirmar que la GV por abordaje robótico es segura y sus resultados equiparables al abordaje laparoscópico. No obstante, son necesarios estudios y análisis a más largo plazo para confirmar estos resultados

P-34

ANÁLISIS DE LA VÍA GDF11 Y EL ARRESTO DEL CICLO CELULAR EN LA PROGRESIÓN DE MASLD EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

Helena Clavero Mestres¹, Carmen Aguilar¹, Salomé Martínez², Margarida Vives³, Marta París³, Èlia Bartra³, Ana Trinidad³, Fàtima Sabench⁴, Maria Teresa Auguste².

¹Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina, Tarragona, España; ²Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España; ³Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España; ⁴Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina, Reus, España.

Objetivos: Dada la escasez de estudios que exploran la vía del GDF11 en humanos y su relación con el arresto del ciclo celular en enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD), el objetivo de este estudio es analizar la expresión de genes del ciclo celular en pacientes con obesidad severa-mórbida (OSM) y MASLD. La comprensión del impacto de GDF11 en la regulación de estos genes permitirá identificar posibles mecanismos implicados en la progresión de MASLD, proporcionando nuevas perspectivas terapéuticas.

Material y métodos: Se incluyó una cohorte de 44 mujeres con OSM ($\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$) sometidas a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Sant Joan de Reus. Se obtuvieron muestras de sangre preoperatorias y biopsias hepáticas en casos con sospecha de MASLD. Se excluyeron pacientes con consumo de alcohol $>10 \text{ g/día}$, enfermedades hepáticas, inflamatorias o neoplásicas, uso de anticonceptivos y tratamiento antibiótico reciente. La clasificación histológica se realizó mediante los criterios de Kleiner, dividiendo la muestra en hígado normal (NL) (n=7) y MASLD (n=37), subdivididos en esteatosis simple (SS) (n=22) y esteatohepatitis (MASH) (n=15). Se evaluaron parámetros antropométricos y bioquímicos, incluyendo resistencia a la insulina (HOMA-IR) y marcadores de fibrosis hepática (APRI y FIB-4). La expresión de GDF11 y genes del ciclo celular (TGF1, CDKN2A, CDKN2B, CDKN1A, TP53, CCND1, CCNA2, CCNE1, CDK2, CDK4, CDK6 y RB1) se analizó mediante RT-qPCR en muestras hepáticas, normalizando con el gen 18S RNA y calculando la expresión relativa por el método $2^{-\Delta\Delta\text{Ct}}$.

Resultados: Se observó un aumento significativo en la expresión de todos los genes analizados en pacientes con MASH en comparación con los grupos NL y SS. El análisis de componentes principales (PCA) reveló una clara diferencia entre los grupos NL, SS y MASH según la expresión génica. Los pacientes con NL se agruparon estrechamente, MASH mostró mayor heterogeneidad, y SS ocupó una posición intermedia, indicando una progresión de la enfermedad y un perfil de expresión génica distintivo en MASH. Además, la expresión génica mostró una correlación positiva con la gravedad de la enfermedad, aumentando progresivamente con el grado de esteatosis, balonización, inflamación lobulillar y el NAS score. Por otro lado, todos los genes mostraron correlaciones significativas entre sí, indicando una activación coordinada de la vía del ciclo celular en la progresión de MASLD.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la disrupción en la regulación del ciclo celular juega un papel clave en la progresión de MASLD, con un aumento progresivo de la expresión de estos genes en los estadios más avanzados de la enfermedad. La correlación entre la expresión génica de GDF11 respalda la hipótesis de su implicación en la patogénesis de MASLD. Estos hallazgos pueden contribuir al desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas enfocadas en la modulación del ciclo celular y el papel del GDF11 en la enfermedad hepática metabólica, por lo que seguiremos explorando esta vía en futuros estudios.

P-35

INTUSUSCEPCIÓN ILEOILEAL EN EL CANAL COMÚN DESPUÉS DE UN BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Santiago Alonso Gomez, Cristian Cisterne Lopez, Daniela Rodriguez Marin, Rodrigo Abon Arrojo, Candela Contreras García, Paula Frias Ventosa, Mariano Alvarez Antolinez, Sagrario Martinez Cortijo.

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón, España.

Objetivos: La intususcepción del intestino delgado es una complicación rara después de un bypass gástrico en Y de Roux, cuya etiología exacta sigue sin aclararse. Hasta ahora, la mayoría de los casos publicados son de tipo yeyuno yeyunal, que a menudo implican a la yeyuno-yeyunostomía produciendo una dilatación intestinal retrógrada.

Material y métodos: Mujer de 48 años que acudió a Urgencias por dolor abdominal agudo, vómitos y diarrea. Dos años antes la paciente se había sometido a un bypass intestinal por obesidad mórbida (IMC actual 25kg/m²). En la exploración física el abdomen era doloroso de forma difusa a la palpación pero sin signos de peritonitis. En el TAC abdominal se objetivó una lesión típica en forma de diana en un segmento distal del canal común, sugestiva de intususcepción ileoileal con signos de obstrucción. Realizamos una re-laparoscopia urgente donde se observó el intestino delgado dilatado hasta el ileon donde progresivamente el calibre volvía a la normalidad sin observar la intususcepción.

Conclusiones: La intususcepción de intestino delgado después del bypass gástrico en Y de Roux es una complicación tardía rara y probablemente infraestimada. En la literatura, la incidencia oscila entre el 0.07 y el 0.15%. La etiología sigue siendo incierta, los trastornos de motilidad y mesenterios más finos son algunas de sus causas. Aunque la intususcepción puede resolverse de forma espontánea, el tratamiento generalmente es quirúrgico. La evolución hacia la recurrencia de esta patología hace necesaria con frecuencia la resección intestinal. En algunos casos, el tratamiento conservador con la administración de fármacos espasmolíticos puede ser una opción, pero siempre debe seguirse de una vigilancia clínica activa para evitar pasar por alto una necrosis intestinal de tramo afecto.

P-36

ENFERMEDAD DE DERCUM. ¿DEBEMOS OPERAR A LOS PACIENTES?

Santiago Alonso Gomez, Cristian Cisterne Lopez, Daniela Rodriguez Marin, Rodrigo Abon Arrojo, Candela Contreras Garcia, Paula Frias Ventosa, Mariano Alvarez Antolinez, Sagrario Martinez Cortijo.

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón, España.

Objetivos: La enfermedad de Dercum es una enfermedad rara y progresiva propia de mujeres obesas perimenopáusicas. De carácter crónico y diagnóstico tardío, se caracteriza por un sobrecrecimiento localizado de grasa con placas subcutáneas dolorosas y equimosis asociándose a menudo trastornos psicológicos de diversa índole. Es dudosa la indicación quirúrgica de cirugía bariátrica de estos pacientes ya que en muchos de ellos la pérdida de peso es insuficiente

Material y métodos: Se presenta una mujer de 49 años de edad con un IMC de 43, HTA, depresión y enfermedad de Dercum. La paciente se había sometido a varias intervenciones quirúrgicas para exéresis de lipomas dolorosos. Dichos lipomas habían cursado con clínica de inflamación local y equimosis. La paciente fue evaluada por el comité multidisciplinar y se decidió intervención quirúrgica. Se sometió a un bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico simplificado antecólico y antegástrico con asa biliar de 80 cm y asa alimentaria de 150cm. No hubo complicaciones, y fue dada de alta al segundo día postoperatorio. El IMC se redujo a 29 y se mantiene estable tras 2 años de seguimiento.

Conclusiones: El papel de la cirugía en pacientes con la enfermedad de Dercum es controvertido, existe algún caso publicado en la literatura que describe resistencia a la pérdida de peso tras el bypass gástrico. La pérdida de peso en nuestra paciente va en sintonía con algún otro caso exitoso descrito en la literatura. La decisión de operar a estos pacientes debe ser tomada en un comité multidisciplinar, con resultados poco predecibles según la literatura revisada.

P-37

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA

Maria Jose Palacios Fanlo¹, Alvaro Hernández Palacios², Ana Victoria Sanz Plumed¹, Maria Del Mar Soriano Liébana¹, Noelia Lete Aguirre¹, Ruben Carramiñana Nuño¹, Alvaro Lagos De Los Reyes¹, Nazareth Fernández Fernández¹, Sofia Fontana Escartin¹, Javier Lagos Lizan¹.

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España; ²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: La valoración que el paciente obeso realiza de la atención recibida en el proceso de cirugía bariátrica y la preocupación de los profesionales por entender lo que les ocurre, o lo que necesitan, es un indicador importante del funcionamiento de un servicio.

Objetivo: Conocer mediante una encuesta de satisfacción cual es la calidad percibida durante el proceso de ingreso y hospitalización por el paciente obeso mórbido intervenido de cirugía bariátrica, en qué situación estamos y que mejoras hay que implementar en nuestro Servicio de Cirugía para mejorar la atención prestada por el personal sanitario.

Material y métodos: Se elaboró y repartió una encuesta de satisfacción basada en modelos publicados en la AEC (Asociación Española de cirujanos) y en la SECO (sociedad española de cirugía de la obesidad) adaptada al Servicio de Cirugía del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa durante el periodo de tiempo de 1 año.

Se recogieron datos demográficos de cada paciente: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y estado laboral. La encuesta constaba de 20 ítems (7 relacionados con el ingreso hospitalario, 11 con la evolución postoperatoria y 2 cuantificaban la satisfacción global del proceso). 17 de ellos eran cuantitativos (valoración de 0-10 puntos) y 3 cualitativos (valoración en porcentaje).

Se añadieron dos preguntas finales abiertas que sirvieron para conocer la opinión y/o sugerencias del paciente.

Se recogieron las encuestas en el momento del alta, en sobre cerrado, por parte de enfermería o el propio cirujano. Al final del estudio se abrieron todas las encuestas a la vez. Todos los datos se incluyeron en una tabla de excel para realizar el análisis estadístico. Se calculó la media, la mediana y la moda.

Resultados: Se repartieron encuestas de satisfacción a un total de 83 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica. Cumplimentaron la encuesta de forma anónima 58 pacientes (69,87%).

La puntuación media de la encuesta fue de 184,160345 puntos y la mediana 190 puntos (sobre un total de 200 puntos, 10 por ítem).

53 de los 58 pacientes tuvieron una media superior a 160 puntos (a partir de esta cifra se considera una satisfacción muy alta).

En 19 de los 20 ítems la puntuación media fue superior a 9. Todos los pacientes realizaron sugerencias en las preguntas abiertas.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción de cirugía bariátrica demuestran que todo el proceso hospitalario está perfectamente organizado y el paciente se siente seguro y confiado. El grado de satisfacción es muy alto (9,5) y los pacientes recomendarían esta cirugía a familiares y amigos en un grado muy alto (9,6),

Las deficiencias o aspectos negativos reflejados por algún paciente son difíciles de corregir porque dependen de la estructura física de las instalaciones, que necesitan una modernización global del hospital. Es necesario mejorar en la identificación del personal de enfermería que, por su trabajo por turnos presenta mayor rotación.

Esta encuesta es perfectamente aplicable a cualquier intervención quirúrgica de carácter electivo de cirugía general y digestiva.

P-38

GASTRECTOMÍA VERTICAL, UNA VENTANA AL ESTUDIO DEL PAPEL DE LA GASTRINA EN LA HOMEOSTASIS DEL METABOLISMO GLUCÍDICO

Jose Antonio Aragón Encina, Ander Bengoechea Trujillo, Marian Mayo Ossorio, Gonzalo Martín Pérez Arana, Alonso Camacho Ramírez.

Hospital Puerta del Mar, Cadiz, España.

Objetivos: La gastrectomía vertical (SG) es un potente recurso frente a la obesidad y la diabetes. Es sabido el papel del estómago como secretor de péptidos reguladores del metabolismo hidrocarbonado. Estos incluyen gastrina secretada por las células -G, que induce la secreción de insulina en cultivos de islotes pancreáticos al unirse a CCK2-Receptor, presente en estos, limitando la producción de somatostatina-14.

En este estudio intentamos establecer definitivamente "in vivo" la relación existente entre los niveles de expresión de gastrina y la DMT2 a partir de las muestras de estómago y plasma obtenidos de pacientes sometidos a SG diabéticos y no diabéticos.

Material y métodos: Para el estudio partimos de muestras de tejido gástrico y plasma de n=12 pacientes diabéticos con tratamiento con ADO; n=12 pacientes diabéticos con tratamiento con insulina y n=12 pacientes no diabéticos todos sometidos a SG valorándose el grado de expresión de células-G en el estómago, niveles plasmáticos de gastrina, péptido -C, HOMA-IR, HbA1c y glucemia.

Resultados: Observamos un descenso significativo de células -G en los diabéticos respecto a los controles, así como en los individuos tratados con insulina respecto a tratados con ADO dentro de los diabéticos. Los niveles plasmáticos de gastrina se vieron afectados de igual forma. Finalmente se determinó una relación inversamente proporcional entre los niveles de gastrina plasmática y la glucemia, HbA1C y HOMA-IR.

Conclusiones: Por ello, concluimos que existe una relación directa "in vivo" entre el grado de expresión de gastrina y la secreción de insulina en nuestros pacientes e inversa respecto a la resistencia a la insulina.

P-39

RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD MÉDICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: ANÁLISIS Y FACTORES ASOCIADOS

Marta Barros Segura¹, Ramón Villalonga Puy², Carles Martin Fumado³, Josep Arimany Manso³.

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España; ²Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España; ³Col.legi de Metges de Barcelona (Unitat Medicina Legal), Barcelona, España.

Introducción: Las reclamaciones por responsabilidad médica son clave para evaluar la calidad asistencial y seguridad clínica. En cirugía general, las especialidades con procedimientos programados y de alta complejidad registran más reclamaciones. Este estudio analiza los factores asociados a la judicialización en cirugía bariátrica dentro de la cirugía general.

Métodos: Estudio retrospectivo de reclamaciones registradas en el Colegio de Médicos de Cataluña entre 2013 y 2021. De 350 registros iniciales, se incluyeron 317 correspondientes a 191 expedientes. Se analizaron variables como datos demográficos, tipo de procedimiento, naturaleza de la reclamación y desenlace legal, usando análisis descriptivos e inferenciales.

Resultados: El 78,2% de las reclamaciones corresponden a cirugías programadas y el 21,8% a urgencias, con predominio del sector privado (68.5%). Las principales causas fueron complicaciones quirúrgicas y falta de información. Legalmente, el 53,1% de los expedientes fueron sobreesfidos y el 22,7% resultaron en indemnización.

En cuanto al desenlace, 36.65% se resolvieron mediante acuerdo extrajudicial, 4.71% se condenaron judicialmente y 27.23 casos se desestimaron o hubo renuncia.

La cirugía bariátrica representa 18 casos (9,42% de la muestra), con 1 condena judicial y 7 acuerdos extrajudiciales. Es decir, un 44.44% de los casos se determinó responsabilidad médica.

Conclusiones: La cirugía bariátrica, aunque no es la subespecialidad más reclamada, muestra un alto índice de responsabilidad en las reclamaciones. En más de la mitad de los casos, sin embargo, puede que la reclamación fuera evitable. Esto resalta la necesidad de establecer estrategias tanto clínicas como de comunicación para tratar de minimizar este porcentaje.

P-40

EVALUACIÓN DE LA OBESIDAD SARCOPÉNICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Juan Sebastian Vargas Parra, Susana Maria Martin Dominguez, Juan Manuel Nieto Arranz, Laura Soria Hernández, Anton Sánchez Lobo, Beatriz Barón Salvador, Omar Abdel-Lah Fernandez, Felipe Parreño Manchado, Francisco Blanco Antona, Lourdes Hernández Cosido.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Introducción: La obesidad sarcopénica es una entidad clínica emergente caracterizada por un exceso de masa grasa en presencia de masa muscular reducida. La presencia de obesidad sarcopénica es un factor de riesgo de fragilidad, comorbilidad y mortalidad. La cirugía bariátrica, además, conduce inevitablemente a la pérdida de masa muscular esquelética.

Objetivos: El objetivo de este estudio consiste en valorar la prevalencia sarcopénica en pacientes con IMC >30 kg/m² en una muestra de pacientes obesos sometidos a una Gastrectomía Tubular Laparoscópica y cómo la presencia de sarcopenia en estos pacientes afecta tras intervención quirúrgica.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo de una cohorte de 34 pacientes adultos con obesidad e índice de masa corporal (IMC) superior a 30 kg/m² intervenidos de Gastrectomía Tubular Laparoscópica (GTL).

Para valorar la presencia de sarcopenia se midió el ASMI y la dinamometría de los pacientes.

Resultados: Nuestro estudio se compuso de 34 pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica, de los cuales 14 eran hombres (41,2%) y 20 mujeres (58,8%).

A todos los pacientes del estudio se les calculó el ASMI y la dinamometría. La media de ASMI fue de 6,14 kg/m² (DE=1,57) y de la dinamometría 26,62 kg (DE=9,57).

De los 34 pacientes de nuestro estudio, el 26,5% (n=9) presentaban presarcopenia y un 23,5% (n=8) sarcopenia. Es decir, el 50% de nuestros pacientes presentaban obesidad sarcopénica. Se generaron dos grupos de estudio, un grupo de pacientes obesos (n=17) y otro grupo con obesidad y presarcopenia o sarcopenia (n=17) y se analizaron de forma individualizada las variables incluidas en el estudio de sexo e IMC. para ver si existe diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En la distribución de pacientes por sexo, la sarcopenia fue más frecuente en hombres (n=14), de los cuales el 35,7% (n=5) presentaban presarcopenia y sarcopenia respectivamente. Mientras que, de las 20 mujeres, el 20% (n=4) tenían presarcopenia y el 15% (n=3) sarcopenia. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de sarcopenia y el sexo (p=0,047).

Respecto a la distribución de pacientes por edad, la sarcopenia fue más frecuente en el intervalo de edad 60-69 (n=5), de los cuales el 40% (n=2) presentaban presarcopenia y sarcopenia respectivamente. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de sarcopenia y la edad (p=0,076).

Conclusiones: La evaluación de la sarcopenia en pacientes con obesidad que serán sometidos a cirugía bariátrica es fundamental para optimizar los resultados quirúrgicos y postoperatorios. La presencia de sarcopenia, caracterizada por la pérdida de masa y función muscular, puede aumentar el riesgo de complicaciones, afectar la recuperación y comprometer la efectividad de la cirugía en términos de mejora metabólica y calidad de vida.

Identificar la sarcopenia antes de la cirugía permite implementar estrategias personalizadas, como intervenciones nutricionales y programas de ejercicio, para mejorar la masa muscular y reducir los riesgos asociados. Además, una evaluación integral del paciente garantiza un enfoque más preciso y seguro en el manejo de la obesidad, favoreciendo mejores resultados clínicos y una recuperación más efectiva.

P-41

MODIFICACIONES DEL INTESTINO DELGADO TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA Y TRATAMIENTO CON UN INHIBIDOR PARCIAL DE SGLT1: EL PAPEL DE LA CANAGLIFLOZINA EN LOS MECANISMOS ADAPTATIVOS POSTQUIRÚRGICOS

José Antonio Aragón Encina¹, Ander Bengoechea Trujillo¹, Marian Mayo Ossorio¹, Alonso Camacho Ramírez², Gonzalo Martín Pérez Arana³.

¹Hospital Puerta del Mar, Cadiz, España; ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cadiz, España; ³Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Objetivo:

Este estudio tiene como objetivo evaluar el impacto de la cirugía bariátrica-metabólica y la administración de canagliflozina en los mecanismos adaptativos intestinales y el metabolismo de la glucosa.

Material y métodos:

Este estudio pretende reproducir en ratas sanas Wistar las técnicas bariátricas más utilizadas (By-pass gástrico y gastrectomía vertical) junto a un grupo control quirúrgico (Sham) con y sin administración de canagliflozina. El objetivo es valorar los cambios funcionales mediante controles del peso y sobrecargas orales de glucosa durante 12 semanas y posteriormente los cambios histológicos a nivel de intestino delgado (transportadores SGLT1, GLUT-1 y GLUT-5, profundidad de las criptas, altura de microvilli, y superficie de mucosa) además de niveles plasmáticos de GLP-2 y péptido YY.

Resultados: En estudios previos hemos visualizado reordenamientos postquirúrgicos tras la cirugía bariátrica con modificaciones funcionales a nivel del intestino delgado y con ello cambios sobre el metabolismo de la glucosa. Estas variaciones observadas fueron a nivel duodenal en relación a la aparición de células productoras de somatostatina lo cual llevaba a un aumento de la misma en sangre y una inhibición de su secreción pancreática por las células delta de los islotes. Este efecto resultaba en una respuesta insulínica mayor tras la ingesta.

Conclusiones: A partir de estas modificaciones en el tubo digestivo a nivel hormonal y en la homeostasis de la glucosa, hemos considerado de interés el estudio de posibles cambios postquirúrgicos no solo fomentados por las diferentes técnicas bariátricas sino por la administración de un fármaco con efecto sobre el metabolismo de la glucosa a nivel intestinal como es la canagliflozina. Con ello pretendemos aportar un poco de luz a un tema aún en estudio y lleno de incógnitas por resolver.

P-42

ÚLCERAS GASTROINTESTINALES POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE CON BYPASS GASTROYEYUNAL

Stephanie Haupt Arabia, Marta París Sans, Guillermo Renau González, Nicolak Lobo Flores, Margarida Vives Espelta, Anna Trinidad Borrás, Èlia Bartra Bacells, Fàtima Sabench Pereferrer, Daniel Del Castillo Déjardin, Antonio Sánchez Marín.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.

Introducción: La úlcera marginal tiene una incidencia 0.16% al 16%. Se localiza cerca de la anastomosis gastroyeyunal, más frecuentemente en yeyuno. La úlcera gástrica por citomegalovirus es una entidad muy poco frecuente, con una incidencia desconocida, de la que se han descrito escasos casos a nivel mundial.

El citomegalovirus (CMV) es un virus muy seroprevalente en la población, 60% a 80% en Europa y América del Norte. La primoinfección suele ser asintomática y en algunos casos se presenta como síndrome mononucleósico, quedando latente. La inmunodepresión favorece la reactivación. La afectación más común a nivel gastrointestinal es el colon. Las úlceras gástricas se describen en trasplantados, tratados con inmunosupresores o quimioterapia, VIH y linfoma de Hodgkin, del que es factor de riesgo, y en algunos inmunocompetentes.

Exposición del caso: Mujer de 70 años con HTA, dislipemia, diabetes tipo 2, hipotiroidismo, intervenida de bypass gastroyeyunal (BGY) en 2011 y diagnosticada en 2021 de tumor carcinoide típico de pulmón estadio IV por metástasis pulmonares múltiples, actualmente en seguimiento por Oncología sin tratamiento oncoespecífico.

Acude a Urgencias por náuseas y dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, con Murphy positivo. Refiere melenas en el último mes. Análíticamente, presenta elevación de reactantes de fase aguda y hemoglobina 8g/dL y en el TC, colecciones perigástricas en torno al antro y bulbo duodenal con extensión perivesicular. Se orienta inicialmente como colecistitis evolucionada y se inicia manejo conservador. Debido a la anemia y melenas se completa estudio con gastroscopia, que objetiva múltiples úlceras gástricas en la anastomosis gastroyeyunal y úlceras yeyunales, sin sangrado. Las biopsias son positivas a CMV, siendo negativo *Helicobacter Pylori*. Se inicia inhibidor de la bomba de protones (IBP), ganciclovir durante 4 semanas y se coloca drenaje percutáneo guiado por TC que es retirado a los 9 días. Presentó buena respuesta al tratamiento conservador.

Discusión: La patología biliar tiene una elevada prevalencia en la población general y se relaciona con la pérdida ponderal tras cirugía bariátrica por lo que parecía la opción más plausible en el diagnóstico diferencial del caso expuesto. No obstante, la presencia de melenas y el estado de inmunosupresión de la paciente jugaron un papel destacado en el diagnóstico final. Aunque la úlcera de boca anastomótica es la patología ulcerativa más frecuente en pacientes intervenidos de bypass gástrico no debemos olvidar otras opciones diagnósticas sobre todo ante situaciones de inmunosupresión.

La úlcera gástrica por CMV es más frecuente en el antro gástrico, en este caso excluido en el estómago remanente. El diagnóstico definitivo lo determina la Anatomía Patológica, que se pudo obtener de las úlceras gástricas y yeyunales, donde se visualizaron células gigantes con núcleo excéntrico e inclusiones intranucleares compatibles con CMV.

Conocer el diagnóstico para iniciar el tratamiento antiviral de forma precoz es fundamental, ya que la bibliografía refleja una evolución tórpida de las úlceras ante el tratamiento exclusivo con IBP.

P-43

GASTRECTOMÍA VERTICAL FRENTE A BY-PASS GÁSTRICO. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO EN UNA SERIE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Silvia Aísa Ugalde¹, José Fernando Trebolle², María José Luesma Bartolomé¹, Mónica Valero Sabater², Ana Isabel Pérez Zapata², Gabriel Tirado Anglés², Paola Gracia Gimeno², Juan Luis Blas Láina².

¹Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España; ²Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

Introducción: La elección de la técnica quirúrgica bariátrica depende del objetivo del tratamiento, la valoración individual del riesgo cardiovascular, la patología digestiva o esofagogástrica, del perfil de cada paciente y sus preferencias y de la experiencia del equipo quirúrgico. La gastrectomía vertical y el by-pass gástrico son consideradas hoy en día las técnicas gold-standard en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Los resultados de pérdidas ponderal analizados en diferentes series muestran una ligera ventaja del by-pass gástrico en los primeros meses, y una mayor pérdida ponderal sostenida en el tiempo con esta técnica frente a la gastrectomía vertical.

Objetivo: Comparar la eficacia en términos de pérdida de peso de la gastrectomía vertical laparoscópica frente al by-pass gástrico laparoscópico en una serie de cirugía bariátrica durante el seguimiento postoperatorio a un año.

Material y método: Base de datos Excel a partir de un registro de historia clínica electrónica. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS 30.0, con ayuda de herramientas de inteligencia artificial generativa (ChatGPT plus). Las pruebas llevadas a cabo han sido Shapiro-Wilk ($p < 0,05$ - no normalidad), Kruskal-Wallis, y pruebas post hoc de Dunn con corrección de Bonferroni.

Resultados: Se ha analizado una muestra de $n = 180$ casos. 4 pacientes no se consideraron en el análisis estadístico por la técnica quirúrgica (sleeve-Nissen / by-pass biliopancreático). La principal limitación del estudio son los seguimientos perdidos que no se han podido considerar en el análisis. La muestra consta de 59 hombres (32,8 %) y 121 mujeres (67,2 %). La edad media es de 48 años [19 - 66]. El IMC medio es 44,69 [32 - 71]. El porcentaje de principales comorbilidades estudiado es: hipertensión arterial (49,43 %), diabetes mellitus (36,09 %), dislipemia (28,88 %), SAOS (20 %) y cardiopatía (2,21 %). Se realizaron 85 gastrectomías verticales (47,2 %), y 91 by-pass gástricos (55,5 %) de los que 36 fueron metabólicos (20 %). La pérdida de peso media por técnica evaluada a 12 meses fue de 36,79 kg para la gastrectomía vertical, de 39,70 kg para el by-pass gástrico, y de 38,28 kg para el by-pass gástrico metabólico. Aunque los valores de p a los 6 y 12 meses ($p = 0,136$, $p = 0,128$) son más bajos, no son significativos. Sugiere que podría haber tendencia hacia diferencias, pero no suficiente para confirmarlo estadísticamente. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a pérdida de peso en el análisis comparativo en pares (gastrectomía vertical vs by-pass gástrico, gastrectomía vertical vs by-pass gástrico metabólico, by-pass gástrico vs by-pass gástrico metabólico) en ninguno de los puntos temporales que se consideraron (1, 3 6 y 12 meses).

Conclusiones: En nuestra serie, no existen diferencias estadísticamente significativas en términos de pérdida ponderal en la comparación entre gastrectomía vertical, by-pass gástrico, y by-pass gástrico metabólico en el seguimiento considerado (1, 3 6 y 12 meses). Es necesario tener un control a más largo plazo para evaluar si esa pérdida ponderal es más mantenida en el tiempo con una técnica u otra.

P-44

USO DEL DISPOSITIVO ESO-SPONGE EN PACIENTES CON DEHISCENCIA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL: REVISIÓN A PARTIR DE DOS CASOS CLÍNICOS

Sofía Faro Puente¹, Javier Martínez Caballero¹, Elías Rodríguez Cuellar¹, Mercedes Bernaldo De Quirós¹, María Pilar Gómez Rodríguez², Cristina Alegre Torrado², Eduardo Ferrero Herrero².

¹Hospital 12 de Octubre, Madrid, España; ²Hospital Universitario 12 de Octubre, MADRID, España.

Objetivos: La dehiscencia anastomótica es una complicación grave y poco frecuente en la gastrectomía vertical, que puede ocasionar una fuga gástrica con consecuencias severas para el paciente. El manejo de la dehiscencia ha evolucionado con el uso de dispositivos innovadores, como el Eso-Sponge, un sistema de drenaje y succión diseñado para controlar infecciones y promover la cicatrización de las fugas anastomóticas. Este dispositivo se ha utilizado con éxito en otros procedimientos, pero su aplicación en la cirugía bariátrica sigue siendo un área de estudio emergente.

Material y métodos: Este estudio compara dos casos clínicos que ilustran la aplicación del EsoSponge, analizando su eficacia, tiempo de resolución, y los beneficios obtenidos en cada paciente.

Características	Caso 1	Caso 2
Paciente	Mujer 62 años	Mujer 55 años
Antecedentes	HTA, SAOS	
Cirugía	Gastrectomía vertical 2/24	GV Turquía (18 meses)
Presentación de la fuga	Drenaje marronáceo	Fiebre, dolor abdominal, absceso hepático
Diagnóstico	TAC: colección 10 cm, fuga 2 mm confirmada	TAC: Colección, absceso hepático, fuga 3 mm
Intervención endoscópica	Esosponge (2 recambios)	Esosponge (3 recambios)
Evolución	Resolución colección (10 a 8 cm) y resolución de la fuga	Reducción absceso, persistencia fuga mínima
Complicaciones	No	Trombosis portal, melenas
Duración del tratamiento	23 días de ingreso	35 días
Resultado final	Fuga resuelta, correcta pérdida de peso	Fuga resuelta, resolución absceso hepático

Resultados: Análisis comparativo de los dos casos:

- Tiempo de hospitalización y resolución: En el caso 1 alta hospitalaria en 23 días con resolución completa de la fuga en 10 días tras 2 recambios de esosponge. En el caso 2: Alta a los 35 días con necesidad de 3 recambios con persistencia de mínima fuga que se resolvió con manejo conservador tras retirada de esosponge.
- Complicaciones asociadas: el caso 1 no presentó complicaciones significativas sin embargo el caso 2 presentó trombosis portal y melenas probablemente relacionadas con la evolución más prolongada del proceso.
- Eficacia del Esosponge: en ambos casos el uso del esosponge favoreció una reducción significativa de las colecciones y cicatrización de las fugas, evitando la necesidad de reintervención quirúrgica.

Beneficios del esosponge destacados en ambos casos:

- Promoción de la cicatrización rápida: La terapia de presión negativa acelera la formación de tejido de granulación, favoreciendo el cierre de la fuga
- Reducción de la cirugía de revisión: En ambos casos, se evitó una reintervención quirúrgica mayor.
- Control efectivo de la infección: Ayudó a reducir el tamaño de las colecciones y controlar el proceso séptico junto con la antibioterapia.
- Facilidad de seguimiento: Permite un control periódico mediante recambios endoscópicos cada 48-72 horas, monitorizando la evolución de la cicatrización.

Conclusiones: El uso del EndoSponge en el manejo de fugas postquirúrgicas tras GV demostró ser una herramienta segura y eficaz en ambos casos respaldando su eficacia como parte de un enfoque multidisciplinario en el manejo de complicaciones postquirúrgicas. No obstante, son necesarios estudios adicionales para estandarizar su uso y definir indicaciones óptimas.

P-45

DEBUT DE RAYNAUD TRAS CIRUGIA BARIÁTRICA: EXTRAÑO PERO POSIBLE

Nuria Lara Martin, Pilar Gómez Rodríguez, Javier Martínez Caballero, Cristina Alegre Torrado, Lucía Lavín Montoro, María Orellana León, Sofía Faro Puente, Viviana Vega Novillo, Elías Rodríguez Cuellar, Eduardo Ferrero Herrero.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Objetivos: La obesidad es un gran problema de salud pública mundial en aumento con etiología múltiple destacando la combinación entre genética y malos hábitos nutricionales. Hoy día la cirugía bariátrica es su mejor tratamiento consiguiendo mejoría de salud y calidad de vida. En el seguimiento postoperatorio pueden surgir síntomas que obliguen a investigar sobre sus causas. Presentamos el caso de un paciente con clínica compatible con Raynaud tras bypass-gástrico laparoscópico para aumentar la conciencia de la posible relación entre su aparición y la pérdida de peso. Este fenómeno se desencadena ante cambios de temperatura o situaciones estresantes manifestándose como cambios de coloración (tres fases: blanca-azul-roja), dolor y hinchazón/entumecimiento secundarios a una disminución de la circulación principalmente en zonas acras (manos y pies). Puede asociarse a enfermedades autoinmunes y parece tener relación con descensos de peso.

Material y métodos: Se trata de un varón caucásico de 55 años hipertenso, diabético, ex-fumador y con H Pylory erradicado. Ante índice de masa corporal (IMC) de 50kg/m² se somete a cirugía bariátrica (previa pérdida de peso hasta IMC de 45kg/m²) tras apto por psiquiatría para el proceso y sin alteraciones significativas (ecográficas, endocrópicas, manométricas o en phmetría) en estudio preoperatorio. No se registran incidencias en el postoperatorio reciente del bypass gástrico con alta precoz y toma de suplementación vitamínica domiciliaria posterior.

Resultados: En consultas de revisión postoperatorias se constata pérdida de peso rápida con disfagia para alimentos sólidos por lo que se profundiza en sus hábitos alimenticios y se investigan posibles déficits vitamínicos (que se descartan tras múltiples analíticas sin alteraciones). Además estudio con tránsito esofagogástrico y endoscopia dentro de la normalidad y necesidad de seguimiento y atención por Psiquiatría por depresión en relación a problemas familiares. Reinterrogando al paciente refiere desde la intervención palidez, dolor y pérdida de fuerza en manos y pies ante frío y situaciones estresantes por lo que, descartados déficits vitamínicos posibles tras intervención bariátrica, se inicia estudio por Reumatología ante clínica compatible con Raynaud en probable relación con rápida pérdida de peso postquirúrgica pendiente de resultados de capilaroscopia y anticuerpos autoinmunes para descartar causas secundarias de Raynaud. Además en seguimiento por Traumatología con diagnósticos de estenosis de canal lumbar en RNM.

Conclusiones: Hasta el momento no se ha establecido formalmente una relación causal directa entre la cirugía bariátrica y el desarrollo de fenómeno de Raynaud, sin embargo existen estudios que relacionan IMCs bajos con mayor riesgo de este fenómeno sugiriendo una posible conexión entre la cirugía de pérdida de peso y el debut de Raynaud.

Existe algún caso aislado descrito en la literatura de debut de Raynaud tras cirugía bariátrica similar al descrito. Debemos tener en cuenta esta posible asociación en el estudio de pacientes con clínica compatible y no solo pensar en etiologías derivadas del propio proceso bariátrico tales como el déficit vitamínico o malabsortivo.

P-46

CIRUGÍA REVISIONAL BARIÁTRICA MÍNIMAMENTE INVASIVA: UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

Maria Teresa Pérez Domene, Tamara Diaz Vico, Alejandro García Muñoz Najar, Carlos Ferrigni Gonzalez, Camilo Jose Castellon Pavon, Silvia Sanchez Infante Carriches, Claudia Caraballo Angeli, Luis Estela De Miguel, Jose Jacob Motos Mico, Manuel Duran Poveda.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Introducción: La cirugía bariátrica se postula como una intervención primordial para la pérdida de peso (PP), a pesar de su buena evolución existen casos con complicaciones o resultados subóptimos que requieren cirugía de revisión (CR) para su resolución. El objetivo de este estudio es examinar los procedimientos de CR realizados en nuestro centro, evaluando diversas causas, tasa de reoperación, resultados a largo plazo con respecto a la PP y evolución de las condiciones médicas asociadas.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de un solo centro que incluyó a aquellos pacientes que se sometieron a CR entre 2010 y 2024 (n = 100).

Resultados: En esta cohorte de 1391 procedimientos bariátricos como bypass gástrico, manga gástrica, banda gástrica ajustable laparoscópica, 7,18 (%) pacientes se sometieron a CR. Fueron convertidos a gastrectomía vertical a SADIs o bypass gástrico, degastrogastrectomía, retiro de banda gástrica, entre otros. Las indicaciones para la RS incluyeron enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) (35,71 %), pérdida de peso insuficiente (35,71 %) o estenosis/torcedura de la gastrectomía en manga (GV) (2,04 %). El índice de masa corporal (IMC) medio previo a la revisión fue de $34,96 \pm 7,70$ kg/m². El tiempo medio de seguimiento después de la RS fue de $4,87 \pm 4,18$ años. Después de la conversión a bypass gástrico Roux-en-Y (RYGB), el porcentaje medio de pérdida de peso total (%TWL) fue de $30,46 \pm 14,06$ %. En el caso de la ERGE, la conversión a RYGB dio como resultado la resolución de los síntomas en el 72,45 %.

Además, el 15,15 % de los pacientes se sometieron a una reintervención quirúrgica adicional.

Conclusión: La conversión a RYGB conduce a una pérdida de peso adicional duradera. La conversión a RYGB garantiza un control constante de los síntomas para las personas que experimentan ERGE después de someterse a una GV.

P-47

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ALTA PRECOZ (<24H) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Manuel García-Redondo, Manuel Ferrer-Márquez, María De Los Angeles Maqueda-Martínez, Francisco Rubio-Gil, Ricardo Belda-Lozano, Daniel González-Sánchez, Luis Candil-Valero, Laura González-Garrido, Ángel José Reina-Duarte.

Hospital Torrecárdenas, Almería, España.

Objetivos: La rehabilitación multimodal quirúrgica tiene el objetivo de disminuir el estrés secundario a la intervención quirúrgica, las complicaciones y la mortalidad. Sin embargo, a la hora de aplicarla en cirugía bariátrica hay que tener en cuenta que el paciente que padece obesidad es complejo, tanto por sus características antropomórficas como por sus posibles comorbilidades. Por lo tanto, para establecer un protocolo con la calidad y seguridad necesarias, se necesita un abordaje multidisciplinar. El objetivo del proyecto es evaluar la implantación de un protocolo de alta temprana (<24h) en el paciente intervenido de cirugía bariátrica en nuestro hospital.

Metodología: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Respecto a los criterios de inclusión, se incluyen pacientes candidatos a cirugía bariátrica, que cuenten con buen entorno familiar, una distancia corta entre domicilio y el centro hospitalario (<40km o <30min en transporte) y con posibilidad de contactar telefónicamente. Serán excluidos del estudio aquellos pacientes cuyo tiempo quirúrgico haya sido superior a 2 horas, pacientes diabéticos con mal control glucémico y aquellos paciente que porten drenaje abdominal con más de 100cc hemático. Respecto a las variables, se recogerán variables demográficas como edad, sexo, peso, índice de masa corporal. También se incluyen las comorbilidades asociadas a la obesidad, las variables operatorias (tipo de cirugía), estancia hospitalaria, así como variables relacionadas con aparición de complicaciones, reintervención o reingreso.

Resultados: El análisis de datos se realizará con todos los casos que cumplan criterios de inclusión y que dispongan de los datos necesarios para evaluar el objetivo principal. Se realizará una monitorización remota de los pacientes a través de contacto telefónico, aportando toda la información necesaria. Este protocolo se implementará en la práctica clínica diaria una vez garantizados mejores resultados y seguridad para el paciente.

P-48

CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Lidia Sevillano Sevillano, Marta París, Maria Luisa Piñana, Miriam Galiana, Ana Trinidad, Èlia Bartra, Marga Vives, Fàtima Sabench, Daniel Del Castillo, Antonio Sánchez-Marín.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.

Introducción: Múltiples estudios han demostrado que las personas con IMC elevado presentan mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (CCR). La cirugía bariátrica (CBA) genera alteraciones en la proliferación de la mucosa, la liberación hormonal, el perfil de ácidos grasos y el microbioma. También modifica la flora colónica con un patrón similar al observado en CCR. Sin embargo, a nivel global la CBA reduce el riesgo de cáncer colorrectal en pacientes con obesidad. Posiblemente, el efecto neto de estos cambios sobre la tumorigénesis, sean contrarrestados con la reducción del peso y del tejido adiposo.

La Derivación Biliopancreática Scopinaro (DBP) es una de las cirugías más eficaces en la pérdida ponderal y resolución de comorbilidades. Sin embargo, su efecto en la absorción puede provocar malnutrición calórico-proteica y déficits vitamínicos que requieren manejo adecuado a largo plazo. En algunos casos, incluso es necesario realizar cirugías de revisión para mejorar la calidad de vida de los pacientes (6-18%).

Una correcta anamnesis debe evaluar las complicaciones de CBA y diferenciarlas de otras patologías de nueva aparición que pueden cursar con síntomas similares.

Caso clínico: Hombre de 63 años pluripatológico derivado a nuestra Unidad de CBA por síndrome malabsortivo severo y eventración compleja en contexto de DBP laparotómica en 2003. IMC preoperatorio 65kg/m² y posteriormente peso estable con IMC 26,9kg/m² y deposiciones diarreicas reguladas con enzimas pancreáticas. En los últimos 2 años había presentado una pérdida de 16kg peso acompañada de pérdida de masa muscular y empeoramiento del ritmo deposicional, manteniendo buena tolerancia oral, sin vómitos ni reflujo. En la exploración física destacaba IMC 22kg/m² (65 kg) y una hernia incisional M2-5W3R0.

Ante el diagnóstico diferencial del síndrome malabsortivo con un posible síndrome tóxico, se inició estudio exhaustivo: analítica con perfil nutricional, serologías y marcadores tumorales, ecografía y TC abdominal, radiografía contrastada, fibrogastroscopia y sangre oculta en heces. Ante el hallazgo de CEA elevado y engrosamiento mural de colon descendente en TC, se solicitó colonoscopia que halló una lesión sugestiva de malignidad (biopsias + adenocarcinoma de bajo grado). Estudio de extensión negativo.

Ante enfermedad oncológica que pudiera requerir tratamiento adyuvante en el posoperatorio, junto a cirugía de pared compleja y antecedentes de diarreas con necesidad de tratamiento, en comité multidisciplinar se consideró adecuado optimizar la absorción de DBP. Se llevó a cabo una cirugía conjunta: hemicolectomía izquierda + proximalización del pie de asa + hernioplastia tipo Rives-TAR izquierdo. Posoperatorio sin incidencias, AP adenocarcinoma de alto grado pT2pN0M0. IMC actual 30kg/m² y ritmo deposicional normal.

Conclusión: Los pacientes con obesidad presentan mayor riesgo de desarrollar CCR que la población general. Se ha demostrado que tras la cirugía bariátrica disminuye la incidencia de CCR en estos pacientes. Sin embargo, estos pacientes no están exentos de su aparición y los síntomas por desnutrición tras las técnicas bariátricas hipoabsortivas no deben confundirse ni infravalorarse, aún menos cuando éstos aparecen o se modifican de forma súbita tras años de estabilidad. Una anamnesis completa y exhaustiva es imprescindible para su precoz diagnóstico y correcto manejo.

P-49

HALLAZGO INCIDENTAL DE TUMOR GÁSTRICO EN CIRUGÍA DE BYPASS

María Hernández, Lucía Alonso, Esther Ferrero, Daniel Sánchez, José María Gil, Fatima Sánchez Cabezudo, Jacobo Motos, Inmaculada Alonso, Antonio Picardo Nieto.

Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes, España.

Objetivos: Evaluar la incidencia de tumores del estroma gastrointestinal (GIST) como hallazgo incidental en cirugía bariátrica, así como su manejo intraoperatorio y postoperatorio. Analizar la importancia de la inspección gástrica en pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica y revisar las implicaciones pronósticas del tratamiento quirúrgico de estas lesiones.

Materiales y Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), con índice de masa corporal (IMC) de 39. Previo a la cirugía, se realizaron estudios complementarios, incluyendo ecografía (ECO), esofagogastroduodenoscopia (EGD) y gastroscopia, sin hallazgos de interés. Se detectó la presencia de *Helicobacter pylori*, que fue erradicado. Se programó un bypass gástrico y, durante la intervención, se identificó una lesión excrecente de aproximadamente 1,5 cm en la curvatura mayor del estómago, sugiriendo un posible GIST gástrico. Se procedió a la resección de la lesión con márgenes libres y se continuó con la cirugía bariátrica sin incidencias. El paciente fue dado de alta al segundo día postoperatorio sin complicaciones.

Resultados: El estudio anatomopatológico confirmó un GIST gástrico de bajo grado, con márgenes libres de enfermedad (pT2). El caso fue presentado en el comité multidisciplinario de tumores, donde se decidió seguimiento por parte del servicio de oncología sin necesidad de tratamiento adyuvante.

Se revisó la literatura disponible, observándose que los GIST son tumores raros, representando menos del 1% de los tumores malignos gastrointestinales. Se localizan mayoritariamente en el estómago (50-60%), seguido del intestino delgado (30%) y el colon (10%). En el estómago, la distribución anatómica es predominante en el cuerpo (75%), seguido del fundus (14%) y el antro (11%). Aproximadamente el 25% de los casos son hallazgos incidentales, ya que los estudios diagnósticos preoperatorios pueden no detectar lesiones de crecimiento exófito.

Conclusiones: El hallazgo incidental de GIST en pacientes sometidos a cirugía bariátrica está en aumento. Se ha observado una posible asociación entre el GIST y un mayor IMC, lo que subraya la importancia de una inspección cuidadosa del estómago durante la cirugía.

El tratamiento quirúrgico adecuado de los GIST detectados intraoperatoriamente es la resección completa con márgenes libres, evitando su rotura, debido a sus implicaciones pronósticas. No se requiere linfadenectomía, y la decisión sobre la técnica quirúrgica a emplear debe considerar la planificación inicial de la cirugía bariátrica, el tamaño tumoral y su localización.

P-51

DOLOR CRÓNICO Y VÓMITOS EN PACIENTE INTERVENIDO MEDIANTE BY PASS GÁSTRICO. SÍNDROME DE ASA CIEGA

Ander Bengoechea Trujillo, José Aragón Encina, María De Los Ángeles Mayo Ossorio, María De Los Mercedes Fornell Ariza, José Manuel Pacheco García.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Introducción: El síndrome de asa ciega, también llamado síndrome de "Candy Cane", es producido por acumulación de gas y contenido intestinal en cualquier asa intestinal que comprende una anastomosis. Presenta una incidencia baja en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica. Presentamos el caso de un varón intervenido por esta causa.

Caso clínico: Paciente de 5 años intervenido hace 12 años de cirugía bariátrica mediante by pass gástrico, con adecuada pérdida ponderal (IMC 29), y posteriormente intervenido de eventración umbilical.

Es seguido en consultas de cirugía bariátrica por dolor abdominal postprandial tipo cólico y náuseas constantes que se alivia tras episodio de vómitos. Desde la instauración de la clínica pérdida de peso en los últimos meses.

Se realiza endoscopia alta que no releva ninguna anomalía, así mismo se lleva a cabo una TAC de abdomen y entero RMN que demuestra un asa intestinal centroabdominal dilatada sin cuadro de obstrucción mecánico.

Ante estos hallazgos es intervenido evidenciándose un asa ciega de aprox 15 cm dilatada y ulcerada que depende de la anastomosis yeyuno-yeyunal, se procede a su resección.

El paciente es dado de alta con resolución de la sintomatología previa.

Conclusión: El síndrome de asa ciega después del by pass gástrico es una rara entidad, con una incidencia de aproximadamente 1-3% que puede producirse tanto en la anastomosis gastro yeyunal como en la yeyuno yeyunal. La clínica comprende dolor abdominal junto con intolerancia alimentaria, diarreas por sobrecrecimiento bacteriana o incluso puede ser leve sólo con molestias difusas intestinales.

Puede ser de difícil diagnóstico al ser una patología excluida del circuito alimentario al no demostrar en las pruebas obstrucción mecánica, pudiéndose confundir con hernia interna, úlcera de anastomótica u otras patologías intestinales.

El tratamiento una vez diagnosticado son las medidas conductuales y dietéticas y en caso de persistir es la exploración quirúrgica con la sección del asa intestinal afectada.

P-52

GASTROPLASTIA VERTICAL ANILLADA, UNA TÉCNICA ABANDONADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Leticia Martín Paniagua¹, María Del Carmen Carballo López¹, María Inmaculada Mesa Ruiz¹, María Ortiz Gonzáles¹, María Amador Pérez¹, Carolina Balaguer Navarro¹, Pilar Cruz Romero¹, Juan Carlos Santiago Peña¹, Elena Ortega Ortega², Tomás Balsa Marín¹.

¹Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, España; ²Complejo Hospitalario, Toledo, España.

Objetivo: La gastroplastia vertical anillada, iniciada por Masson en los años 80, es una técnica puramente restrictiva, que consiste en crear un reservorio gástrico pequeño que se anilla para limitar el paso del bolo alimenticio al estómago. Es una técnica sencilla y menos agresiva y aunque demostró ser eficaz en la mejora del control del peso a largo plazo, también está asociada con complicaciones importantes a largo plazo como la migración del anillo, obstrucción gástrica y reflujo gastroesofágico.

Presentamos el caso de una paciente que se sometió a gastroplastia vertical anillada, con el fin de ilustrar los resultados, complicaciones y el enfoque terapéutico adoptado en su manejo.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 53 años con AP de epilepsia, intervenida en otro centro en 2001 por obesidad donde se realizó gastroplastia vertical anillada. Desde entonces presentaba intolerancia alimentaria con vómitos incoercible habiendo sido asociado a bridas y trastorno neurológico. Llega a nuestras consultas, datos de desnutrición, gran pérdida de peso desde la intervención llegando a pesar 45kg. Solicitamos estudio con TAC abdominal donde se visualiza pinzamiento aortomesentérico que no condiciona obstrucción de la tercera porción duodenal por lo que no explica la clínica. En gastroscopia se visualiza estenosis de la zona de la gastroplastia con paso difícil a través del mismo. Se propone cirugía de revisión.

Resultados: Se realiza intervención donde se observan adherencias firmes, anilla de la gastroplastia que estenosa completamente la región medio-alta del cuerpo gástrico. Se realiza resección de la anilla y reconstrucción en Y de Roux con pie de asa a 50cm. La paciente evoluciona favorablemente. En revisiones posteriores la paciente se encuentra con buena tolerancia a ingesta, ha reganado peso, pero encontrándose en valores de peso ideal.

Conclusiones: -La gastroplastia vertical anillada se encuentra en desuso por su menor efectividad y complicaciones, asociándose a una alta tasa de reconversión a otras técnicas quirúrgicas.

-La obstrucción gástrica producida por el anillo es una de las complicaciones de la gastroplastia vertical anillada siendo necesario la reconversión a otro tipo de técnica

P-53

EL PRIMER DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA METABÓLICA DE IRLANDA: RESULTADOS TRAS 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Zsolt Bodnar Bodnar.

Hospital Universitario de Letterkenny, Letterkenny, República de Irlanda.

Antecedentes: La obesidad y sus comorbilidades asociadas representan uno de los mayores desafíos para el sistema de salud irlandés. A pesar de ello, hasta 2017 no existía una atención de cirugía metabólica organizada en el país.

El primer departamento de cirugía metabólica establecido en la República de Irlanda fue en el Hospital Universitario Letterkenny en 2017. Desde entonces, el departamento ha sido pionero en la cirugía metabólica como tratamiento viable para la diabetes tipo 2 (DM2), la enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD), el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la hipertensión intracraneal benigna (BICH) donde el tratamiento médico y conservador ha fallado.

Objetivos: El objetivo de nuestro departamento era brindar una atención completa a los pacientes que sufren comorbilidades relacionadas con la obesidad. Hemos creado un departamento de atención de cirugía metabólica compleja, que brinda evaluaciones pre y posoperatorias, un equipo multidisciplinario (MDT) y un tratamiento quirúrgico de espectro completo.

Métodos: Los autores presentan los resultados de seguimiento de 1 y 5 años de 40 pacientes operados por diabetes mellitus tipo 2 no controlada durante el primer año (2017-2018) de la unidad de cirugía metabólica del Hospital Universitario de Letterkenny. En este análisis se incluyen los datos demográficos de los pacientes, las comorbilidades, las técnicas quirúrgicas y, lo más importante, la evolución de la HbA1C preoperatoria y posoperatoria y la carga de medicación antihiper glucémica.

Resultados: Los autores informan de una reducción general del índice de masa corporal, de la carga de medicación y, en particular, de que el 82 % de los pacientes se liberaron de la diabetes un año después de la operación y el 75 % de los pacientes lograron una remisión completa de la diabetes tipo 2 cinco años después de la cirugía.

Conclusión: En resumen, el bypass gástrico Roux-en-Y es una opción de tratamiento eficaz para las comorbilidades médicas relacionadas con la obesidad. Según nuestros resultados y de acuerdo con la declaración de la Autoridad de Información y Calidad de la Salud (HIQA) publicada recientemente, la cirugía metabólica también debería introducirse sin demora en todos los hospitales irlandeses.

P-54

DRENAJE LAPAROSCÓPICO DE COLECCIÓN PERIGÁSTRICA ABSCESIFICADA EN PACIENTE CON GASTRECTOMÍA VERTICAL Y SOSPECHA DE FUGA DE SUTURA GÁSTRICA NO CONFIRMADA

María Muñoz Martín, Manuel Medina García, Debora Acín Gandara, Elena Ruiz Ucar, Paula Fernandez Briones, Mar Valles Molto, Sebastian Serafini Vicenzo, Natalia Rodriguez Blazquez, Irene Pichardo Herreros, Fernando Pereira Perez.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUENLABRADA, Fuenlabrada, España.

Objetivos: La fístula en el ángulo de His es una de las complicaciones más frecuentes tras la gastrectomía vertical. Su aparición se asocia al aumento de presión intraabdominal en un tubo con baja distensibilidad y, en algunos casos, con dificultades para su vaciamiento.

Material y métodos: Paciente mujer de 40 años con obesidad mórbida (IMC 41,5), dislipemia y SAHS grave, sometida a gastrectomía vertical con sonda de calibración de 48 Fr. En el postoperatorio inmediato se mantuvo asintomática, tolerando dieta líquida y suplementos nutricionales, por lo que fue dada de alta a las 48 horas.

Un mes después, antes de la primera revisión, acudió a urgencias por dolor epigástrico de cinco días de evolución, fiebre de hasta 39 °C y saciedad precoz. Presentó fiebre de 38 °C, taquicardia (107 lpm) e hipotensión (88/59 mmHg). Analíticamente, destacó PCR de 11 mg/dL sin leucocitosis. Dado el antecedente quirúrgico, se realizó un TAC urgente que evidenció fístula gástrica secundaria a la gastrectomía vertical, con colección de 4,5 × 4,2 cm y burbujas de gas extraluminal, sin extravasación de contraste oral.

Se decidió ingreso hospitalario con dieta absoluta y antibioterapia intravenosa. Durante la hospitalización, presentó intolerancia alimentaria y deterioro progresivo de los parámetros analíticos. Al cuarto día, tuvo fiebre de 39 °C, taquicardia, leucopenia y tiritona. Un nuevo TAC mostró aumento de la colección perigástrica sin extravasación de contraste.

Resultados: Se realizó laparoscopia urgente, identificando un plastrón inflamatorio del epiplón adherido a la gastrectomía. Tras disección, se accedió a una colección posterior a la gastrectomía con material purulento, que fue aspirado. Se realizó prueba con azul de metileno y endoscopia intraoperatoria sin evidenciar fuga.

En el postoperatorio, la paciente comenzó a tolerar la dieta y mostró mejoría analítica y radiológica, por lo que fue dada de alta con antibioterapia oral.

Un mes después, reingresó por fiebre y fue diagnosticada nuevamente por TAC con la misma complicación. Sin embargo, al igual que en estudios previos, no se identificó extravasación de contraste. En esta ocasión, no requirió cirugía y se manejó de forma conservadora con antibioterapia intravenosa y reposo digestivo.

Actualmente, la paciente está asintomática, ha perdido peso, lleva vida normal y espera nueva endoscopia para seguimiento.

Conclusión: La principal causa de las fístulas en este nivel parece ser la alta presión intraluminal y la baja distensibilidad del tubo gástrico. El tratamiento conservador puede prolongarse durante meses sin éxito. Si este manejo fracasa, no se aconseja el cierre simple de la fístula, incluso si se localiza, ya que no suele ser eficaz. Existen diferentes tratamientos en función del tiempo de evolución de la fístula y la contaminación como pueden ser procedimientos endoscópicos como endoprótesis, endovac... o soluciones quirúrgicas como lavado y colocación de drenaje o tutorización de la fístula.

P-55

FÍSTULA GASTROPLEURAL COMO COMPLICACIÓN EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Miriam Galiana, Guillermo Renau, Lidia Sevillano, Margarida Vives, Marta París, Èlia Bartra, Anna Trinidad, Fàtima Sabench, Daniel Del Castillo, Antonio Sánchez Marín.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.

Introducción: La aparición de una fuga gástrica post cirugía bariátrica es una complicación potencialmente grave y poco frecuente, con una incidencia de entre 1 y 6% de los pacientes. En el caso de la gastrectomía vertical, la tasa de dehiscencia de la línea de grapas oscila entre el 1 y 2%, siendo el ángulo de His la localización más habitual y temida ya que puede producir una fístula de manejo complejo. La fístula gastropleural puede ser el estadio final de una fuga no resuelta.

La media de tiempo transcurrido hasta el diagnóstico es de cuatro meses, siendo un factor pronóstico el inicio precoz del tratamiento. A menudo, la forma de presentación es inespecífica.

En ausencia de signos de sepsis puede ser adecuado el manejo conservador, suponiendo menor morbimortalidad que la cirugía, si bien presenta menor tasa de éxito. Ante el fracaso del manejo conservador es mandatorio considerar realizar intervención quirúrgica.

Caso clínico: Paciente de 70 años con antecedente de gastrectomía vertical e hiato plastia posterior laparoscópica hace 7 años con postoperatorio inmediato sin incidencias, que reingresa al sexto día postoperatorio por colección subfrénica secundaria a dehiscencia en el tercio superior de la línea de grapado superior, precisando drenaje percutáneo y antibioterapia con resolución favorable.

Cuatro meses después reingresa por reaparición de la colección. Dada la estabilidad de la paciente se decide nuevamente tratamiento endoscópico, realizándose varios intentos de cierre de la fístula con clips, prótesis y drenaje endoscópico, consiguiéndose cierre del trayecto fistuloso. Se mantiene asintomática hasta enero de 2024, cuando presenta absceso subcutáneo en región torácica izquierda que requiere de drenaje y antibioterapia. Reingresa ocho meses más tarde por hemoptisis, precisando embolización de arteria frénica aberrante. Posteriormente se realiza nuevo estudio endoscópico con el objetivo del cierre de la fístula, procedimiento durante el cual la paciente presenta episodio de hemoptisis masiva que requirió la colocación de un balón de Fogarty e ingreso en cuidados intensivos. Dada la complejidad de la fístula se valoró posibilidad de intervención quirúrgica radical, incluyendo gastrectomía total con o sin esofagectomía, así como segmentectomía pulmonar, que la paciente desestima. Se realizó posteriormente nueva revisión endoscópica en la que se evidenció imagen sugestiva de resolución de la fístula, con fondo de saco no permeable y la ausencia de fuga de contraste. Se mantiene asintomática hasta fecha de hoy.

Conclusiones: La existencia de una fístula gastropleural conlleva una elevada morbimortalidad y puede condicionar la necesidad de realización de una intervención quirúrgica agresiva si no se consigue la resolución precoz del foco. Es fundamental una sospecha clínica y un diagnóstico temprano para iniciar el tratamiento lo antes posible y conseguir el cierre de la fístula.

P-56

POSICIONAMIENTO QUIRÚRGICO EN BY-PASS GÁSTRICO POR CIRUGÍA ROBÓTICA

Elisa Del Retiro Corchado, Sara García Díaz, Andrea Valera Bueso, Mar Buigues Menchón, Susana Girones Mestre, Beatriz Prieto Rodrigo, Gemma Sambola Figueres, Patricia Cid Verge.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.

Objetivo: Analizar las evidencias disponibles sobre las curas de enfermería relacionadas con el posicionamiento quirúrgico del paciente en cirugía de obesidad asistida por robot DaVinci, con un enfoque en la prevención de complicaciones y la mejora de la seguridad y el confort del paciente.

Material y método: Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo la metodología PRISMA.

- Estrategia de búsqueda: La búsqueda bibliográfica se realizó e las bases de datos electrónicas pubmed, scielo, web of science, Cochrane library y Lilacs. Se utilizarán los descriptores DeCS y MeSH: "cirugía asistida por robot", "cirugía DaVinci", "cirugía obesidad", "cirugía bariátrica", "atención enfermería", "posición anti-trendelenburg", " posición trendelenburg invertido", "lesiones". Con las palabras clave: posición quirúrgica, obesidad, anti-trendelenburg, Carepad, protecciones y cirugía robótica.
- Criterios inclusión y exclusión: Los criterios de inclusión fueron artículos de ámbito sanitario publicados en los últimos cinco años, estudios difundidos en inglés y español, así como artículos relacionados con la cirugía robótica y el posicionamiento quirúrgico del paciente. Fueron excluidos los artículos no relacionados únicamente con la cirugía robótica en obesidad.

Resultados: Tras realizar la búsqueda solo se obtuvieron 4 artículos que fueron descartados por no tratar específicamente de la cirugía robótica el posicionamiento quirúrgico del paciente.

Conclusiones: En la investigación realizada, se buscó identificar las estrategias de enfermería para minimizar los riesgos asociados a la posición anti-trendelenburg en cirugía robótica bariátrica. Sin embargo, no se encontraron evidencias bibliográficas específicas sobre este tema. Ante esta falta de información, se decidió desarrollar un protocolo basado en las directrices establecidas en el manual del Sistema Da Vinci, con el objetivo de proporcionar orientaciones claras y precisas para la atención enfermera en este tipo de cirugía. Se están estudiando los cuidados enfermeros para prevenir úlceras por presión, dolor neuropático postoperatorio relacionado con el posicionamiento quirúrgico y otros riesgos de la cirugía con posición anti-trendelenburg. Entre ellos, destacan el uso del Carepad, correcta alineación de las extremidades superiores en aducción y apoyadas sobre los brazales de la mesa quirúrgica y minimizar la abducción de extremidades inferiores.

P-57

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA Y ONCOLÓGICA

Begoña Tabernero¹, Marta Maças¹, Onintza Nekane Azpiroz¹, Leire Irizar¹, Itxaso Mugica².

¹Hospital Donostia, Donostia/San Sebastian, España; ²Facultad de Medicina y Enfermería (UPV/EHU), Donostia/San Sebastian, España.

Introducción: La calidad de vida y la satisfacción con la atención son aspectos clave en pacientes sometidos a cirugías bariátricas y oncológicas. Aunque ambas intervenciones pueden mejorar la vida de los pacientes, las diferencias en sus resultados no están completamente esclarecidas. Este estudio compara la calidad de vida y la satisfacción entre ambos tipos de cirugía.

Objetivos: (1) Analizar la evolución de la calidad de vida antes y después de la cirugía bariátrica y oncológica. (2) Comparar la calidad de vida y la satisfacción con la atención entre ambos grupos.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional. Se incluyeron 24 pacientes adultos programados para cirugía bariátrica (n=18) y oncológica (n=6) entre octubre de 2024 y enero de 2025. Se midió la calidad de vida relacionada con la salud mediante el EuroQol 5-D antes y un mes después de la cirugía, y la satisfacción con la atención con el cuestionario BODY-Q tras la intervención. Los datos se recogieron a través de entrevistas durante el ingreso o por vía telefónica y se analizaron con SPSS V28. Se aplicaron el test de Shapiro-Wilk para normalidad, análisis descriptivo (frecuencias, porcentajes, medias y DE) y pruebas de Student para muestras relacionadas y no relacionadas, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: El estado de salud global (escala 0-100) mejoró significativamente tras la cirugía en el grupo total ($40 \pm 27,64$ vs. $89,21 \pm 11,58$; $p < 0,001$). En el grupo bariátrico, la mejora fue estadísticamente significativa ($38,75 \pm 28,95$ vs. $92,19 \pm 9,12$; $p < 0,001$), mientras que en el grupo oncológico, aunque hubo una tendencia positiva, no alcanzó significancia estadística ($46,67 \pm 22,55$ vs. $73,33 \pm 11,55$; $p > 0,05$).

El índice EuroQol total mostró una mejoría significativa en el grupo total ($9,17 \pm 1,82$ vs. $5,72 \pm 1,45$; $p < 0,001$). En el grupo bariátrico, la reducción fue significativa ($9,13 \pm 2,00$ vs. $5,13 \pm 0,35$; $p < 0,05$), mientras que en el oncológico la mejora fue menor ($9,33 \pm 0,58$ vs. $8,67 \pm 1,16$; $p > 0,05$).

Las mejoras en movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión fueron significativas en el grupo bariátrico ($p < 0,001$ en todos los casos). En el grupo oncológico, solo la ansiedad/depresión mostró un aumento significativo tras la cirugía ($1,33 \pm 0,52$ vs. $2,33 \pm 0,58$; $p < 0,05$).

En cuanto a la satisfacción con la atención y los resultados quirúrgicos, los pacientes bariátricos obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la escala total del BODY-Q respecto a los oncológicos ($143,94 \pm 8,62$ vs. $127,6 \pm 9,07$; $p < 0,05$). Además, presentaron menores niveles de distrés psicosocial ($24 \pm 8,63$ vs. $12,2 \pm 5,36$; $p < 0,01$).

Conclusiones: Tanto la cirugía bariátrica como la oncológica tienen un impacto positivo en la calidad de vida, aunque los pacientes bariátricos experimentan mejoras más significativas en la calidad de vida global y en la satisfacción con la atención y los resultados quirúrgicos. Las diferencias entre grupos resaltan la necesidad de abordajes específicos y seguimiento postoperatorio adaptado a cada tipo de cirugía para optimizar los resultados en la calidad de vida de los pacientes.

P-58

PLAN DE CURAS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA: CREACIÓN DE UN ESTÁNDAR MEDIANTE TRABAJO INTERDISCIPLINAR

Georgina Torres Carrera, Noel Fàbrega Mallada, Blanca Casanovas Soriano, Paula Torrecillas Peinado, Isabel Aguilar Anglès, Cristina Llorens Mesa, Elena Gavilan Baquero.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.

Introducción: El proceso asistencial que siguen los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro facilita la estandarización de los cuidados. Esta estandarización es clave, ya que es un proceso habitual en este grupo de pacientes donde las varianzas se producen sólo en caso de presentar alguna complicación.

Los cuidados de enfermería no solo tratan los problemas reales, sino que también van dirigidas a la detección precoz de posibles complicaciones con el fin de evitar que los problemas potenciales acontezcan reales. En todas ellas la educación sanitaria hecha al paciente y al cuidador principal es primordial.

Para optimizar estos cuidados y garantizar una intervención uniforme, se llevó a cabo un trabajo interdisciplinar que permitió consensuar y establecer un estándar para el plan de cuidados de enfermería, integrando las perspectivas y necesidades de los diferentes profesionales implicados

Objetivo: Diseñar un procedimiento interdisciplinar donde se estandaricen los cuidados de enfermería en los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.

Material y método: Se creó un grupo de trabajo interdisciplinario donde participaron cirujanos expertos en cirugía bariátrica, equipo de enfermería de la unidad de hospitalización y una enfermera experta en metodología.

Se analizaron las curas de enfermería más prevalentes en este tipo de pacientes y se identificaron aquellos aspectos de las curas que fueron más relevantes en todas las disciplinas implicadas.

Posteriormente, se determinaron qué intervenciones de la prescripción de las curas de enfermería del programa informático del centro (SAP) se adaptan a estos cuidados.

Resultado:

En el plan de cuidados estandarizado se definen los siguientes diagnósticos (ATIC) y cuidados enfermeros:

- Riesgo de flebitis (10002726).
- Obstrucción del dispositivo (10003233).
- Temor (10004718).
- Ansiedad preoperatoria (10000250).
- Ansiedad por la incertidumbre (10000241).
- Herida quirúrgica (10002292).
- Dolor (10001524).
- Riesgo de hemorragia (10002569).
- Riesgo de hemorragia postoperatoria (10002568).
- Riesgo de distrés respiratorio (10005271).
- Riesgo de hipoxia (10002638).
- Diarrea relacionada con la realización del TEGD (10001355).
- Riesgo de infección (10002726).
- Vómitos (10005053).

Cuidados enfermeros relacionados:

- Control vía periférica por turno.
- Apoyo emocional, preparación quirúrgica y educación sanitaria (para los diagnósticos relacionados con temor y ansiedad).
- Cura tópica diaria para la herida quirúrgica.
- Control del dolor mediante escala numérica c/8horas (re-evaluación si el dolor es >3).

- Control drenajes diuresis y constantes vitales c/8horas (para los riesgos de hemorragia y hemorragia postoperatoria).
- Fisioterapia respiratoria c/8horas (para el riesgo de distrés respiratorio e hipoxia).
- Control deposiciones c/24horas (por la mañana, relacionado con la diarrea post-TEGD).
- Higiene diaria (para prevenir infecciones).
- Control de dieta por turno.
- Control de constantes vitales c/8horas durante las primeras 48horas y después c/12horas.
- Control actividad del paciente por turno.
- Control de riesgos mediante pulsera identificativa por turno y la valoración de escalas Braden y Downton para la prevención de caídas y úlceras por presión.

Conclusiones: El trabajo interdisciplinario permitió desarrollar un plan de curas estandarizado de enfermería, que se plasmó en un protocolo consensuado. Este documento facilita que todos los profesionales implicados en la recuperación del paciente tengan un conocimiento común sobre los problemas reales y potenciales que pueden surgir en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.

P-59

IMPLANTACIÓN DEL NUEVO ROL DE ENFERMERA DEL ÁREA QUIRÚRGICA EN EL QUIRÓFANO DE ROBÓTICA

M^a Del Mar Cabistañ Dubrule¹, Marta De La Fuente Garcia¹, M^a Asunción Ollobarren Ripa¹, Patricia Cid Verge¹, Liliana Cabistañ Dubrule¹, Ines Manasanch Company².

¹Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España; ²Hospital Universitari Sant Joan, Barcelona, España.

Introducción: Desde los años 80, en nuestro hospital se realizan intervenciones de cirugía bariátrica, bajo la supervisión del Dr. del Castillo. La enfermería quirúrgica ha sido parte activa en los cambios de abordaje, adaptándose a nuevas técnicas según las investigaciones más recientes. En marzo de 2024, se introduce la cirugía robótica con el modelo DA VINCI, lo que representa un reto y una oportunidad para redefinir el rol de la enfermera en este entorno. Este cambio busca optimizar los cuidados al paciente y mejorar la eficiencia del equipo quirúrgico.

Objetivo: Describir e implementar el nuevo rol de la enfermera en el quirófano de robótica, analizando los cambios en los procesos de cuidado y la formación necesaria para adaptar las competencias del personal de enfermería a este nuevo entorno quirúrgico.

Material y métodos: Se constituyó un grupo de enfermeras expertas en cirugía bariátrica y otras especialidades, encargadas de definir las competencias y responsabilidades del personal de enfermería en la cirugía robótica. Se desarrollaron guías de actuación específicas para intervenciones asistidas por robótica, como la cirugía bariátrica. El rol se implementó mediante un programa formativo teórico-práctico, donde se instruyó al personal en el uso de equipos robóticos, instrumentación y procedimientos quirúrgicos.

Resultados: La implementación del nuevo rol de enfermera instrumentista en cirugía robótica ha sido clave para garantizar la seguridad y eficiencia de los procedimientos. Las enfermeras capacitadas en el uso de la tecnología robótica han podido asistir eficazmente al cirujano, desempeñando funciones esenciales como la preparación de la sala, el manejo de los brazos robóticos y la visión en 3D, así como la asistencia en la manipulación de los instrumentos. Además, han coordinado la comunicación con el equipo quirúrgico, asegurando la correcta ejecución de las intervenciones. Se elaboraron ocho guías de actuación para las principales cirugías asistidas por robótica, incluidas las dos de cirugía bariátrica, mejorando la calidad y seguridad de los procedimientos.

Conclusiones: Este estudio resalta la importancia de la formación continua y la adaptación del personal de enfermería a las nuevas tecnologías quirúrgicas. La implantación del rol de enfermera instrumentista en cirugía robótica ha mejorado la eficiencia y seguridad de la cirugía bariátrica. Esta metodología de implantación del rol permite a la enfermera dar respuesta de forma eficaz y segura a la cirugía robótica. Reduciendo la ansiedad generada por afrontar nuevos retos. Es esencial seguir evaluando este modelo para maximizar los beneficios para los pacientes y el equipo quirúrgico.

P-60

IMPACTO A LARGO PLAZO EN LA ADHERENCIA A LA SUPLEMENTACIÓN Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES POST CIRUGÍA BARIÁTRICA: ANÁLISIS DE LA COHORTE SARCOFIT

Ariadna Safons Sanfeliu, Lucía Alonso Diez, Judit Molero Ibañez, Alba Andreu Martí, Marc Caballero, Ana Maria De Hollanda, Ainize Ibarzabal, Violeta Moizé.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica (CB) tienen mayor riesgo de sufrir deficiencias nutricionales (DN) que, a largo plazo, pueden causar problemas de salud más graves. Aunque es altamente recomendable mantener crónicamente la toma del suplemento multivitamínico (MV), se asume que el grado de adherencia se reduce gradualmente como más tiempo pase de la intervención. Nuestro sistema nacional de salud financia suplementos de calcio (Ca), hierro (Fe), vitamina B12 (VB12) y vitamina D (VD) mediante prescripción médica, pero los suplementos MV no están cubiertos de forma que los pacientes deben destinar un coste económico mayor para conseguirlos.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de DN y la adherencia a largo plazo a Ca, Fe, VB12, VD y suplemento MV y explorar las experiencias de las pacientes con la suplementación nutricional.

Material y métodos: Sesenta y cinco mujeres pertenecientes a la cohorte SarcoFit (NCT04771377) han sido evaluadas 3 años post CB. Como parte del estudio, se realizan analíticas de sangre previo a cirugía y anualmente tras CB. La prevalencia de DN ha sido estimada para Ca, Fe, VB12, VD. Mediante la historia compartida con atención primaria del sistema nacional de salud, datos sobre la recogida de medicación en oficina de farmacia se han obtenido y revisado durante el último año para sistemáticamente estimar el grado de adherencia a la suplementación nutricional. Después de desarrollar y testar un cuestionario dirigido a pacientes en grupos de soporte post quirúrgicos, éste se distribuyó a las pacientes incluidas en el estudio para explorar las percepciones sobre la adherencia a la suplementación nutricional y para conocer las barreras y los facilitadores.

Resultados: Tras 3 años de la CB, la prevalencia de deficiencias de Ca, Fe, VB12, VD fue de 1,4%, 2,7%, 5,4% y 58,1% respectivamente. Considerando la recogida de los suplementos en la oficina de farmacia durante el último año, el grado de adherencia estimado para Ca, Fe, VB12, VD fue de 35%, 43,6%, 66,6% y 71,5% respectivamente. Respecto a la experiencia de paciente, se obtuvo un 56'92% de respuestas al cuestionario distribuido. Un 89% refiere que mantiene la toma diaria del suplemento MV, de las cuales un 57,5% escoge las fórmulas especialmente diseñadas para post CB. Ni la posología, frecuencia diaria o la percepción de cronicidad en el tratamiento parece ser un factor limitante a la adherencia. Sí que se observa en el coste económico, que es referido como una limitación importante. A destacar que la mayoría de las pacientes consideran que tomando suplementos MV ayudarán a reducir el riesgo de DN y que el 93,9% están motivadas para mantener la toma a muy largo plazo o de forma crónica.

Conclusiones: Las DN existen tras 3 años de la CB. El grado de adherencia al suplemento de Ca y Fe es bajo aún y la cobertura de éstos por el sistema nacional de salud, mientras que la adherencia al suplemento MV es notable, aunque sean productos no financiados. Las participantes reconocen la necesidad de la toma de suplementos nutricionales para prevenir las complicaciones relacionadas con la CB.

P-61

PRECIPITACIÓN DE PACIENTE EN QUIRÓFANO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA TRAS INDUCCIÓN ANESTÉSICA. ¿SE PODRÍA HABER EVITADO? A PROPÓSITO DE UN CASO

Xènia Carré, Amada Culebradas, Alejandra Mira.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.

La Seguridad del Paciente es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica.

Presentamos un caso de seguridad clínica sobre un incidente ocurrido en quirófano y las medidas que se adoptaron para evitar su repetición.

Mujer de 48 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II y obesidad mórbida grado IV (IMC 55) propuesta para gastrectomía vertical laparoscópica. Según valoración preoperatoria, presentaba dificultad para la ventilación e intubación orotraqueal. En 2019 se intentó operar de cirugía bariátrica en Barcelona, pero fue suspendida por broncospasmo severo postinducción anestésica.

La paciente tenía un abdomen muy globuloso. Tras la inducción anestésica y coincidiendo con la relajación neuromuscular (dada la anatomía del abdomen), éste se lateralizó hacia un lado deslizando a su vez a la paciente, precipitándose al suelo. No presentó traumatismo craneoencefálico ya que la anestesióloga logró sostener la cabeza y acompañarla hasta el suelo. Una vez allí, se pidió ayuda y se procedió a la intubación orotraqueal objetivándose Cormack-Lehane III siendo una dificultad III. La mínima saturación de oxígeno fue 82%. Se recolocó a la paciente en la mesa quirúrgica.

Debido al incidente, se suspendió la cirugía y se le realizó un bodyTC, descartándose lesiones agudas. Se procedió a la extubación reglada con exploración neurológica posterior normal. Se informó a la paciente y familia de lo ocurrido y se propuso para colocación de balón intragástrico para pérdida ponderal como paso previo a la cirugía.

Con la intención de fomentar una práctica clínica basada en la atención libre de daños evitables y así reducir la aparición de fallos del sistema y/o personas decidimos tomar una serie de acciones a raíz de este caso centinela. Dado lo ocurrido, se ha analizado el caso y se han tomado medidas. Por un lado, se realizó una comunicación del incidente a la SENSAR. Ésta es una asociación científica sin ánimo de lucro cuyo objetivo es la promoción de la Seguridad del Paciente en la anestesia.

Por otro lado, se comunicó lo sucedido a la Responsable de Seguridad del Paciente del hospital. De allí, surgió una reunión con los miembros implicados (enfermería, cirugía y anestesia) para redactar el documento London estableciéndose las medidas a seguir en pacientes con índice de masa corporal alto y la compra de nuevo material específico. El protocolo London es un protocolo de Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos cuyo propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos y la búsqueda de soluciones.

Las propuestas de mejora fueron varias; la presencia de un celador durante la inducción anestésica, la colocación de unos soportes que permitieran ampliar la superficie de la mesa quirúrgica, cincha abdominal en caso de abdómenes globulosos y un colchón específico antideslizante.

Éstas fueron las acciones implementadas en nuestro centro con el fin disminuir el daño y los errores que pudieron acontecer pero la Seguridad del paciente requiere la participación activa de todos los involucrados en el cuidados de la salud.

P-62

RESULTADOS DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA VERSUS BYPASS LAPAROSCÓPICO EN Y DE ROUX EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Mercedes Fornell Ariza Ariza, Maria De Los Ángeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, Jose Manuel Pacheco Garcia.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Objetivos: La gastrectomía vertical (normalmente conocida como manga gástrica) como técnica única da mejores resultados que el bypass en Y de Roux en términos de mejora de las medidas antropométricas, reduce las comorbilidades y tiene una menor tasa de complicaciones postquirúrgicas, con una mejora de la calidad de vida.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y comparativo con 95 pacientes, con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, durante un periodo de 3 años. Todos deben cumplir con el protocolo de la unidad. Se medirá la demografía de la población y los datos antropométricos en la consulta prequirúrgica, el mes y el año después de la cirugía: peso, talla, IMC, porcentaje de pérdida de peso, porcentaje de IMC y porcentaje de exceso de peso perdido. Los datos de riesgo cardiovascular se tomaron mediante el Framingham SCORE. La calidad de vida se mide por Baros SCORE. Las principales comorbilidades son la hipertensión, la diabetes y la dislipidemia. Las complicaciones se medirán en frecuencias absolutas. Para el estudio estadístico se aplica el tipo T de student o Chi cuadrado siendo estadísticamente significativo p igual o menor a 0,05.

Resultados: No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las 2 técnicas de cirugía al mes ($p=0,83$), pero sí al año de la misma ($p=0,03$). No se observaron diferencias de género ni de edad. En la gastrectomía no aparecieron complicaciones mayores (fugas), destacando el número de hemorragias con esta técnica quirúrgica. En el bypass habo dos fugas. No hubo diferencia estadísticamente significativa en el riesgo cardiovascular ($p=0,07$) entre las 2 técnicas. Hubo una mayor disminución en el número de comorbilidades en la gastrectomía frente al bypass, con una desaparición total de los pacientes con dislipidemia. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el BAROS SCORE, aunque sí fue mayor en la gastrectomía.

Conclusiones: La gastrectomía vertical como técnica única puede considerarse superior a corto plazo, además de segura, según los parámetros de calidad AEC.

P-63

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE GASTRECTOMÍA VERTICAL Y BYPASS GÁSTRICO EN PACIENTES CON IMC ENTRE 45 Y 50

Manuel José Torres Jurado¹, Custodia Montiel Casado², Estefanía Ferre Ruíz², Inés Cañas García², Albert Ferney Paz Gaviria², José Luis Fernández Aguilar², Francisco Javier Moreno Ruíz², Julio Santoyo Santoyo².

¹Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España; ²Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España.

Objetivo: El objetivo de este estudio es comparar los resultados clínicos de la gastrectomía vertical laparoscópica (GV) versus el bypass gastroyeyunal (BGY) en pacientes con obesidad (índice de masa corporal [IMC] entre 45 y 50 kg/m²). Se evalúan la pérdida de peso, la remisión de comorbilidades relacionadas con la obesidad y las complicaciones después de un año y cinco años postcirugía.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye a 62 pacientes con IMC entre 45 y 50 kg intervenidos de cirugía bariátrica entre los años 2015 y 2020, de los cuales 46 fueron sometidos a gastrectomía vertical (15 varones y 31 mujeres) y 16 a bypass gástrico (7 varones y 9 mujeres). Se realizó un abordaje laparoscópico en el 100 % de los pacientes. El perfil de comorbilidades preoperatorias de los pacientes fue el siguiente: 24.2% de los pacientes con GV presentaron diabetes mellitus (DM), 24.2% dislipemia, 34.8% síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), 43.5% hipertensión arterial (HTA) y 10.9% enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). En el grupo de BG, 98.4% tenía DM, 68.8% dislipemia, 68.8% SAOS, 56.3% HTA y 43.8% ERGE. Se recopilaron datos sobre las tasas de remisión de las comorbilidades y el porcentaje de pérdida de peso excesivo (EWL) a uno y cinco años, así como el porcentaje de pérdida de peso total (TWL). El análisis estadístico se realizó con el programa JAMOVI.

Resultados: A los 12 meses postoperatorios, la remisión de DM fue del 53.3% en GV y del 60% en BGY (p=0.07); para dislipemia, las tasas de remisión fueron del 53.3% en GV y del 85.7% en BGY (p=0.134); la remisión de SAOS fue del 31.3% en GV y del 37.5% en BGY (p=0.092); la remisión de HTA fue del 40% en GV y del 55.6% en BGY (p=0.144); y la remisión de ERGE fue del 40% en GV y del 55.6% en BGY (p=0.092). La media de EWL a un año fue del 60.2% (±19.9) en GV y del 66.1% (±12.5) en BGY (p=0.287). A los cinco años, el EWL medio fue del 52.7% (±21.8) en GV y del 53.5% (±18) en BGY (p=0.904), sin diferencia significativa entre ambos grupos. El TWL a un año fue del 28.4% (±9.24) en GV y del 30.9% (±5.57) en BGY (p=0.339), y a los cinco años fue del 24.9% (±12.68) en GV y del 25.9% (±8.32) en BG (p=0.807).

En cuanto a la cirugía de revisión, cuatro pacientes (7.3%) con GV requirieron conversión a bypass gástrico, de los cuales el 75% fue por ERGE y el 25% por reganancia de peso (p=0.211). Ningún paciente del grupo BGY requirió cirugía de revisión.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que ambos procedimientos son opciones viables para el manejo de la obesidad en pacientes con un IMC entre 45 y 50, sin una ventaja clara de una técnica sobre la otra en base a los parámetros estudiados.

V-01

FÍSTULA GASTROGÁSTRICA TRAS FUGA DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL EN BYPASS GÁSTRICO

Mar Vallés Moltó, Débora Acín Gándara, Manuel Medina García, Elena Ruiz Úcar, Paula Fernández Briones, María Muñoz Martín, Natalia Rodríguez Blázquez, Sebastian Pablo Serafini Vincenzo, Marta Valdivieso Ávalos, Fernando Pereira Pérez.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España.

Objetivos: En los últimos años, ha aumentado la necesidad de cirugías de revisión de procedimientos bariátricos debido a la aparición de complicaciones o a una pérdida de peso insuficiente, en gran parte como resultado del incremento exponencial de estas intervenciones. Una de estas complicaciones, aunque poco frecuente, es la fístula gastro-gástrica, cuya incidencia oscila entre el 0.5% y el 6%. Se trata de una comunicación anómala entre el reservorio gástrico y el estómago remanente, que suele manifestarse tardíamente y puede presentarse tras procedimientos como el bypass gástrico (BPG).

Presentamos una cirugía de revisión de un BPG por una fístula gastro-gástrica tardía tras una fuga precoz de la anastomosis gastroyeyunal

Material y métodos: Presentamos a una mujer de 41 años intervenida por obesidad y SAOS en noviembre del 2021, realizándole bypass gástrico laparoscópico, con fuga de anastomosis GY que precisó una reintervención quirúrgica al 2ºDPO con sutura de pequeño punto de fuga y posterior ingreso prolongado con NPT. A los 15 meses tras la primera cirugía la paciente comienza con clínica de dolor abdominal intenso por lo que se solicita endoscopia digestiva alta y tránsito, observándose una fístula gástrica. Se decide cirugía de revisión.

A través de un abordaje laparoscópico realizamos la resección en bloque de la anastomosis gastroyeyunal junto con una porción del estómago excluido, abarcando el trayecto fistuloso entre el reservorio y el estómago remanente. Esta resección estuvo parcialmente determinada por la presencia de adherencias y las secuelas de intervenciones previas.

Posteriormente se realizó una nueva anastomosis gastroyeyunal mecánica lineal con test de estanqueidad con azul de metileno sin fugas.

Resultados: El postoperatorio se desarrolla sin complicaciones y la paciente es dada de alta al tercer día postoperatorio. Ocho meses después de la cirugía, la paciente presenta una evolución favorable, con resolución completa de los síntomas, ausencia de nuevas manifestaciones clínicas o complicaciones, y un IMC de 25,6.

Conclusiones: Es fundamental que el cirujano bariátrico adquiera experiencia en cirugía de revisión. El manejo de la fístula gastro-gástrica es principalmente quirúrgico, implicando la resección del trayecto fistuloso. En algunos casos, como el de la paciente presentada, puede ser necesaria una resección más extensa, dependiendo de factores como las características de la fístula, la anatomía basal del paciente y la sintomatología clínica.

V-02

ABORDAJE ROBÓTICO COMBINADO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: BYPASS GÁSTRICO Y REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN

Anna Arroyo Serrano¹, Noelia Pérez Romero², Jose Hidalgo Rosas², Ariadna Cidoncha Secilla², Christian Herrero Vicente², Juan Carlos Garcia Pacheco², Alexis Luna Aufroy².

¹Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España; ²Corporació Sanitari Parc Tauli, Sabadell, España.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente con obesidad grado III y una eventración supraumbilical, en la que se realizó un bypass gástrico robótico con reparación de la eventración en un solo tiempo quirúrgico.

Material y métodos: Caso clínico: Mujer de 48 años, con obesidad mórbida (IMC 46.6 kg/m²) y comorbilidades asociadas, que presenta una eventración supraumbilical secundaria a una colecistectomía laparoscópica.

Como estudio preoperatorio se realizó una tomografía computarizada, donde se objetivaba una hernia supraumbilical con un orificio de 6,3 cm y un saco herniario de 22,6 x 7,6 x 13,7 cm con conteniendo de colon transverso y asas de intestino delgado.

Debido a su IMC >40 y la presencia de comorbilidades, se indicó la realización de un bypass gástrico. Ante la eventración supraumbilical concomitante, se elige un abordaje combinado con reparación herniaria y colocación de malla retromuscular, evitando así una segunda intervención en un paciente de alto riesgo.

Como preparación preoperatoria, se administró toxina botulínica para facilitar la aproximación de la aponeurosis.

Técnica Quirúrgica: Tras la inspección de la cavidad abdominal, se objetiva una eventración que se reduce con facilidad sin contenido adherido, por lo que se prosigue con la cirugía planteada.

Se realiza un bypass gástrico con un reservorio gástrico de 50 cc. Se configura un asa alimentaria de 150 cm y una biliopancreática de 100 cm. La anastomosis gastro-yeyunal se realiza de manera término-lateral manual, verificando su estanqueidad con aire y azul de metileno. La anastomosis yeyuno-yeyunal en Y de Roux se efectúa de forma latero-lateral mecánica, cerrando los defectos mesentéricos para prevenir hernias internas.

Para la reparación herniaria, se colocan tres trócares de 8 mm infraumbilicales. Se diseña el defecto hasta el borde esternal, creando un flap con el saco herniario. Se aproxima la aponeurosis anterior y el defecto peritoneal con el flap del saco herniario. Se implanta una malla Dynamesh de 15x20 cm en posición retromuscular sin fijación, con cierre peritoneal.

Resultados: La paciente evolucionó sin complicaciones postoperatorias, con una estancia hospitalaria de 72 horas. No presentó signos de recidiva herniaria ni eventos adversos en el seguimiento a corto plazo.

Conclusión: El manejo de las eventraciones en pacientes con obesidad mórbida sigue siendo controvertido. En este caso se optó por un abordaje combinado con bypass gástrico y reparación herniaria con colocación de malla retromuscular en un solo tiempo quirúrgico. Esta estrategia permite reducir la morbilidad global, disminuir la exposición a múltiples anestésicos y optimizar la recuperación del paciente. Además, puede prevenir la progresión de la hernia y posibles complicaciones como la incarceration o estrangulación durante el período de pérdida de peso. En conclusión, esta técnica representa una estrategia efectiva y segura en pacientes seleccionados con obesidad mórbida y defectos en la pared abdominal. La decisión debe individualizarse, considerando las características específicas de cada paciente y la experiencia del equipo quirúrgico.

V-03

BY-PASS GASTROILEAL MULTIFISTULIZADO. REVISION A BY-PASS GASTRICO

Luis Ocaña Wilhelmi, Rocío Soler Humanes, José Luis Fernández Serrano, Dieter Morales García, Cristina Monje, Laura Díaz, Pablo González Rojo, Celia Román, Guillermo Alcaín, Resi Luna.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: El By-pass gastroileal es una técnica bariátrica hipoabsortiva con un mínimo componente restrictivo, que consiste en una bipartición gástrica sin gastrectomía y una anastomosis gastroileal a 250 / 300 cms. de la válvula ileocecal.

Objetivo: Exponer en este vídeo la solución a una complicación de un by-pass gastroileal que presenta varias fístulas mediante su revisión a by-pass gástrico.

Material y métodos: Paciente de 48 años intervenida hace 2 años y medio de bypass gastroileal, con pérdida de 45 kg de manera progresiva, que acude a urgencias por dolor abdominal intenso de 3 semanas de evolución. Queda ingresada para estudio, control del dolor y valoración de su estado nutricional. En TAC de Abdomen se aprecia marcado paso de contraste oral al remanente gástrico, que muestra un trayecto fistuloso de unos 13mm con el asa de íleon que interviene en la anastomosis gastroileal. En el tránsito baritado se objetiva anastomosis gastrointestinal con estenosis de la misma, apreciándose varias fístulas adyacentes a ella. Y en la endoscopia se accede al remanente gástrico superior, encontrando paso hacia un asa intestinal, progresando por dicha asa unos 10 cm en sentido aferente y eferente; en la zona de anastomosis se observa un área ulcerada de unos 2 cm fibrinada sin estigmas de sangrado, así como comunicación a remanente gástrico inferior, y unos cms por encima del píloro se aprecia otra comunicación. Tras completar estudio durante el ingreso se decide mejorar su estado nutricional y cirugía programada (conversión a bypass gástrico).

Resultados: Se realiza cirugía revisional laparoscópica, apreciando como hallazgos operatorios reservorio y remanente gástricos comunicados y muy dilatados, fístula gastro-ileal y múltiples adherencias, sobre todo de zona fistulizada a lóbulo hepático izquierdo. Contaje de asas: De ciego a anastomosis gastroileal (150 cms) y de anastomosis gastroileal a ángulo de Traitz (450 cms.). Resección laboriosa de la zona fistulosa englobando parte del remanente (queda el antro), la casi totalidad del reservorio inicial (excepto nuevo reservorio de 60 cc) y asa anastomótica de íleon. Anastomosis L-L ileo-ileal mecánica con carga blanca y cierre del ojal con v-loc 3/0 reabsorbible. Cierre del defecto mesentérico con Vicryl 2/0. Creación de asa biliopancreática de 90 cms. antecólica y anastomosis L-L gastroyeyunal a cara posterior gástrica con carga blanca, ajustada a 3,5 cms. Cierre de brecha con v-lock, tutorizada sobre sonda de Fouché. Cierre de defecto de Petersen con v-loc 3/0. Creación de asa Alimentaria de 120 cms. y anastomosis Yeyuno-yeyunal L-L con carga blanca de 45 mm. Cierre de brecha con v-loc y cierre de defecto mesentérico con v-loc. Comprobación de estanqueidad de las anastomosis superiores con azul de metileno. Separación de asas biliopancreática y alimentaria con carga blanca. Drenaje y extracción de las piezas.

Conclusiones: La cirugía bariátrica, aunque afortunadamente en unos porcentajes muy bajos, puede generar complicaciones como las de este caso, estenosis y fistulización. Es importante atender precozmente a estos pacientes en el seno de una Unidad Multidisciplinar, diagnosticarlos, nutrirlos y darles una solución, que puede ser endoscópica, conservadora o revisional quirúrgica.

V-04

REVISIÓN DE SADI-S A DS POR HERNIA DE HIATO, REGANANCIA Y REFLUJO BILIAR

David Merino De Villasante, Claudio Lazzara, Lucia Sobrino, Ana Almeida.

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España.

El cruce duodenal de una anastomosis (SADI-S) es una técnica eficaz para la pérdida de peso en pacientes con obesidad mórbida, logrando una pérdida de exceso de peso y una pérdida de peso total del 87% y 38% a los 5 años, con pocas complicaciones. La regancia de peso es un problema común que genera la necesidad de emplear técnicas malabsortivas más complejas como el cruce duodenal (DS), siendo este más eficaz con un 41.7% de pérdida de peso a los 5 años.

Otra de las complicaciones asociadas al SADI-S es el reflujo biliar, es una complicación difícil de registrar ya que requiere estudios específicos. A pesar de ser más frecuente en otras técnicas como el bypass gástrico de una anastomosis (70%) y la gastrectomía vertical (31%) puede llegar a tener una incidencia del 20%.

Se presenta el caso de una mujer de 53 años con antecedentes de exfumadora, hipertensión y diabetes que, con un IMC máximo de 54,4, se realiza una gastrectomía vertical laparoscópica en 2015. Al año presenta una adecuada pérdida de peso alcanzando un IMC nadir de 34, con una reganancia posterior hasta un IMC de 40. Se indica un SADI-S como segundo tiempo en 2017, con una reducción de IMC hasta 30 a los 18 meses tras la cirugía. En el control de los cinco años presenta sintomatología de pirosis y reflujo con regular control con tratamiento oral y reganancia de peso hasta IMC de 44. Se realiza un tránsito esofagogastroduodenal evidenciando una hernia de hiato y una correcta morfología de la gastrectomía y se completa el estudio con una endoscopia que evidencia reflujo biliar en estómago. Se indica cirugía de revisión a DS.

Se realiza la cirugía de revisión por laparoscopia evidenciando adherencias a hígado que se liberan. Primero se realiza el abordaje de la hernia de hiato, reduciéndola y cerrando los pilares con puntos simples de Ethibond. Se procede al contaje de las asas de intestino delgado desde la válvula ileocecal, dificultoso por numerosas adherencias, identificando un tramo común de 4m. Se confecciona el pie de asa con una anastomosis mecánica con endograpadora 60mm carga blanca y cierre de la enterotomía con sutura barbada, dejando un canal común de 1 metro y un asa alimentaria de 3m. Test de estanqueidad con azul de metileno sin fuga. Al realizar el cierre de la brecha mesentérica se evidencia herniación del asa biliopancreática por adherencias firmes al asa alimentaria, procediendo a la anatomización de las mismas.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente fue dada alta a las 48h.

El DS puede utilizarse como técnica de revisión tras un fracaso del SADI-S. Es una técnica segura, eficaz y útil en casos de reflujo biliar, pérdida de peso insuficiente o reganancia de peso debiendo realizarse en un centro de alto volumen para evitar complicaciones.

V-05

DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO DE MALROTACION INTESTINAL EN PACIENTE CANDIDATO A BYPASS GÁSTRICO

Carlota Tuero, Lucas Sabatella, Nuria Blanco, Fernando Rotellar, Elena Martin, Victor Valenti.

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Objetivos: La malrotacion intestinal es una anomalía congénita poco frecuente. En adultos, es difícil de reconocer debido a la falta de síntomas y el diagnóstico generalmente es incidental durante procedimientos quirúrgicos.

Material y métodos: Describimos el caso de una paciente mujer de 41 años, con indice de masa corporal de 42.5kg/m² y reflujo gastroesofágico asociado, candidata a bypass gástrico laparoscópico.

Resultados: Durante la intervención, al no identificar el ligamento de Treitz, realizamos una exploración abdominal identificando el píloro, duodeno y yeyuno proximal en el cuadrante superior derecho. Tras estos hallazgos, se sospechó una malrotacion intestinal, que se confirmó objetivando además la presencia de bandas de Ladd. Una vez aclarada la anatomía, procedimos a realizar el bypass gástrico, prestando especial atención a la alteración anatómica presente. Tras la intervención, el postoperatorio cursó sin incidencias, y dos años después, la paciente presentaba una pérdida total de peso (%TWL) del de 40%, con un IMC de 25kg/m².

Conclusión: Los pacientes con malrotación intestinal pueden someterse exitosamente a cirugía bariátrica. A pesar de que las variaciones anatómicas son poco comunes, deben conocerse. Los cirujanos deben estar preparados para identificar dichas anomalías ya que pueden requerir un enfoque quirúrgico alternativo y ajustes técnicos. Si el ángulo duodenoyeyunal no se visualiza correctamente, existe el riesgo de crear una anastomosis antiperistáltica.

V-06

LA UTILIDAD DE LA LAPAROSCOPIA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO POSTBARIÁTRICO SECUNDARIO A SÍNDROME DEL ASA CIEGA

Leire Guerrico Tome, Amador Garcia Ruiz De Gordejuela, Lorena Arrabal, Maria Iraola, Miren Josebe Padilla, Xabier Muriel.

Hospital Donostia, San Sebastián, España.

Introducción: El síndrome de asa ciega se ha descrito como causa de dolor abdominal, náuseas y vómitos tras anastomosis latero-laterales o latero-terminales, aunque la incidencia en Bypass Gástrico solo está descrita en la anastomosis gastroyeyunal. El diagnóstico radiológico es complejo pudiendo ser de ayuda la laparoscopia diagnóstica.

Caso clínico: Varón de 51 años con antecedente de bypass gástrico en Y de Roux en 2012 por obesidad mórbida (IMC actual 33) que acude a consulta por dolor abdominal en flanco izquierdo de meses de evolución. En el estudio preoperatorio con TC se demuestra la existencia de un pie de asa dilatado. Con dichos hallazgos y tras una evaluación por equipo multidisciplinar, se indica laparoscopia diagnóstica. El paciente es intervenido de forma programada visualizándose intraoperatoriamente un defecto en el espacio de Petersen sin hernia interna asociada y un asa ciega del pie de asa muy distendida y dilatada. Se procede al cierre del espacio de Petersen con sutura continua y a la resección del muñón asa ciega. Tras la intervención quirúrgica, el paciente evoluciona de forma satisfactoria con cese de dolor abdominal tras 8 meses de seguimiento.

Discusión: Las complicaciones de un asa ciega son el resultado de la dilatación y estasis de contenido intestinal que predispone a la torsión o sobrecrecimiento bacteriano. Se acompaña de sintomatología inespecífica que puede debutar con dolor abdominal crónico posterior a la intervención realizada. El diagnóstico diferencial es amplio y la laparoscopia diagnóstica y terapéutica es una técnica bien establecida.

V-07

BY-PASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO Y CRUROPLASTIA EN PACIENTE CON HERNIA DE HIATO DE GRAN TAMAÑO

Paula Renau González, Inés Ginot Blanco, Ana Almeida Vargas, Lucía Sobrino Roncero, Claudio Lazzara.

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España.

La hernia hiatal (HH) y la obesidad son dos patologías que están estrechamente relacionadas, con una prevalencia significativa de HH entre los pacientes con obesidad mórbida. Los estudios han mostrado que casi el 40% de los pacientes con obesidad mórbida presentan hernia de hiato, a menudo asociada con la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La obesidad aumenta la presión intraabdominal, lo que puede contribuir al desarrollo de HH y agravar los síntomas de reflujo.

Actualmente se recomienda la evaluación endoscópica preoperatoria para identificar la HH y otras patologías del tracto superior que puedan alterar la planificación quirúrgica.

El bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR) es una de las técnicas más utilizadas en cirugía bariátrica, especialmente en pacientes con ERGE y hernia de hiato sintomática. Este procedimiento no solo reduce el tamaño del estómago, y con ello la secreción ácida gástrica, sino que también contribuye a la pérdida de peso y por tanto a la reducción de la presión intraabdominal, lo que mejora significativamente el RGE.

Existen controversias en el enfoque de la reparación de la HH durante la cirugía bariátrica. A pesar de esta variabilidad, la reparación combinada de la HH generalmente se considera segura y recomendable, ya que nos puede evitar posibles complicaciones a largo plazo como la migración del pouch gástrico, aparición de ERGE de novo o el agravamiento del ERGE existente.

Presentamos el caso de una paciente de 60 años con obesidad grado III con un IMC máximo de 46 kg/m² e IMC prequirúrgico de 44 kg/m². Antecedentes de dislipemia en tratamiento médico e intervenida de histerectomía y doble anexectomía por miomas. La paciente presentaba RGE severo de >10 años de evolución, resistente a medicación con inhibidores de la bomba de protones (IBPs) a doble dosis. En el estudio preoperatorio se completó con una endoscopia digestiva alta que evidenció una hernia hiatal de gran tamaño, una pHmetría con un puntaje de DeMeester de 62 y un tránsito gastroesofágico que mostraba una hernia de hiato de 6cm asociado a reflujo gastroesofágico.

Con estos resultados, se decidió realizar una cirugía laparoscópica combinando BPGYR con cruroplastia para la reparación de la HH.

El procedimiento incluyó una disección cuidadosa del hiato, la resección del saco herniario y la cruroplastia con sutura irreabsorbible. Posteriormente, se confeccionó el BPGYR, dejando un metro de asa alimentaria y un metro de asa biliopancreática. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y la paciente fue dada de alta a las 48h después de la intervención.

En conclusión, el BPGYR con reparación simultánea de HH representa la mejor opción terapéutica para pacientes con obesidad mórbida, HH y RGE sintomático. La combinación de ambos procedimientos reduce significativamente los síntomas de reflujo y las complicaciones postoperatorias. Además, es de suma importancia un correcto estudio preoperatorio, para identificar y así tratar la HH.

V-08

COMPLICACIÓN TARDÍA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA: HERNIA INTERNA A TRAVÉS DEL ESPACIO DE PETERSEN

Laura Prades¹, Ramon Vilallonga¹, Rita Rodriguez-Luna², Carlos Petrola¹, Kevin Diaz¹, Pablo Lopez¹, Daniel Herms¹, Danilo Acevedo², Cristina Miñarro¹, Ivet Goujon¹.

¹Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España; ²Hospital de Barcelona - SCIAS, Barcelona, España.

Introducción: El bypass gástrico es la técnica de elección en cirugía bariátrica en muchos casos por su eficacia probada tanto en pérdida ponderal como en control metabólico.

El cierre del espacio de Petersen es un paso clave en la cirugía de bypass gástrico en Y de Roux. Cerrar el defecto que generamos entre el asa alimentaria que baja en posición antecólica y el mesenterio es de vital importancia de cara a evitar cuadros de herniación interna a través de dicho espacio. Hay que tener en cuenta que la pérdida ponderal tras la cirugía, y la consecuente reducción de la adiposidad mesentérica, pueden hacer que el defecto aumente, facilitando la herniación. Por lo tanto, es clave asegurar un buen cierre del espacio de Petersen, para evitar cuadros de obstrucción intestinal e isquemia.

Objetivo: Esta comunicación tiene como objetivo ejemplificar, mediante un caso clínico, una de las complicaciones tardías del bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux: la hernia interna a través del espacio de Petersen. A través de una video presentación, se pretende hacer énfasis en la necesidad y forma correcta de cerrar este espacio para evitar esta complicación.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 31 años que se había sometido a un bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico 9 meses antes, sin incidencias, logrando correcta tolerancia oral inicial y con rápida pérdida ponderal (peso inicial: 109 kg con IMC de 40,04; peso a los 9 meses de la cirugía: 71 kg con IMC de 26,09).

En el transcurso del seguimiento había presentado episodios recurrentes de intolerancia oral con vómitos biliosos y rectorragias autolimitados, sin dolor abdominal, por los que se solicitaron estudios endoscópicos sin hallazgos.

Se presenta un video correspondiente a la laparoscopia exploradora indicada ante elevada sospecha de causa mecánica del cuadro descrito, en la cual se evidencia una herniación del asa biliar a través del espacio de Petersen, cuyo cierre se encontraba dehiscente. En la cirugía se reduce el asa biliar a través de dicho espacio, se comprueba que no presenta signos de isquemia, y se vuelve a cerrar el espacio de Petersen con una sutura no reabsorbible.

Resultados: La paciente presenta una correcta evolución tras la cirugía. Es dada de alta en el segundo día postoperatorio habiendo conseguido correcta tolerancia oral. En controles postoperatorios se mantiene asintomática.

Conclusiones: Es vital cerrar el espacio Petersen tras cirugía de bypass gástrico en Y de Roux para evitar hernias internas a través, y es importante hacerlo con una sutura no reabsorbible.

En un paciente sometido a bypass gástrico en Y de Roux, con aparición tardía de episodios recurrentes autolimitados de intolerancia oral, vómitos, rectorragias, distensión y dolor abdominal, etc.; especialmente si ha experimentado una importante pérdida ponderal, hay que tener un alto índice de sospecha de una posible hernia interna a través del espacio de Petersen. En estos casos estaría indicada la laparoscopia exploradora como técnica diagnóstica y terapéutica.

V-09

CIRUGÍA REVISIONAL DE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX: REPARACIÓN DE HERNIA HIATAL CON CIERRE DE PILARES Y FUNDUPLICATURA DE NISSEN CON REMANENTE GÁSTRICO

Cristina Miñarro Cervera, Ramón Vilallonga, Carlos Petrola, Clara Pañella, Pablo Lopez, Daniel Herms, Laura Prades, Itxarone Bilbao.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España.

Objetivos: El objetivo de este caso es ilustrar la efectividad de una técnica antirreflujo, una funduplicatura de Nissen, utilizando el remanente gástrico de un paciente portador de un Bypass gástrico en Y de Roux, en el marco de una cirugía revisional bariátrica donde también se reparó mediante rehiatoplastia y cierre de pilares una hernia hiatal. Se enfatiza, sobre todo, en utilizar de forma práctica la anatomía quirúrgica modificada del paciente de una forma original para poder mejorar su calidad de vida aliviando sus síntomas de reflujo.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 48 años sin antecedentes médicos relevantes que inicialmente tenía un IMC de 59 kg/m² antes de someterse a un Bypass gástrico en Y de Roux en 2017. En su seguimiento a los 6 meses, su IMC se redujo a 40 kg/m² y llegó hasta un IMC de 21 kg/m², manteniéndose estable. Durante los años consecutivos realizó una serie de complicaciones postquirúrgicas. Inicialmente, se objetivó una hernia interna en el defecto de Petersen, que se reintervino en 2019 con anatomización y cierre del defecto. Tras persistencia de hipoglicemias junto con reflujo y la coexistencia de una hernia de hiato objetivada en un tránsito esofagogástrico de control, se presentó el caso en Comité multidisciplinar y finalmente el paciente fue sometido en 2023 a una cirugía revisional con reconfección de la anastomosis gastroyeyunal, reconfección de tamaño del pouch gástrico, hiatoplastia, resección de candy cane y resección del asa ciega del pie de asa. Durante el postoperatorio el paciente presentó concomitantemente un hematoma en pared abdominal que disecaba el espacio preperitoneal que requirió de una laparoscopia exploradora donde no se evidenció sangrado activo. Tras persistencia de clínica de reflujo se planteó una última cirugía. Este video muestra en detalle una rehiatoplastia con cierre de pilares asociada a una técnica antirreflujo utilizando la anatomía modificada presente en un paciente con un bypass gástrico en Y de Roux.

Resultados: El curso postoperatorio del paciente fue sin complicaciones, con una evolución favorable. Fue dado de alta 72 horas después de la cirugía y mostró un adecuado progreso clínico durante las visitas posteriores de seguimiento ambulatorio. En el seguimiento a los 6 meses, persistía sin sintomatología de reflujo y con buena tolerancia a la dieta oral.

Conclusiones: La funduplicatura de Nissen con el remanente gástrico es una alternativa eficaz y segura para la cirugía bariátrica revisional en pacientes con antecedentes de Bypass gástrico en Y de Roux con hernia hiatal y ERGE. Su simplicidad, las tasas reducidas de complicaciones y los resultados en cuanto a la mejoría de la calidad de vida de los pacientes y a la resolución de sus síntomas, lo convierten en una opción óptima, especialmente para pacientes con persistencia de clínica de reflujo tras procedimientos previos de cirugía bariátrica revisional.

V-10

CONVERSIÓN DE GASTROPLASTIA VERTICAL ANILLADA A BYPASS GÁSTRICO. ABORDAJE ROBÓTICO

Ramon Corripio Sanchez, Maria Alexandra Heras Garceau, Fuad S. Lopez, Federico Del Castillo, Pablo Priego, Constantino Fondevila Campo, Maria Recarte Rico.

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Objetivos: La gastroplastia vertical anillada (GVA) es un procedimiento bariátrico que se ha realizado ampliamente en la década de 1980. Actualmente apenas se realiza debido a los malos resultados a medio y largo plazo incluyendo complicaciones anatómicas (disrupción de la línea de grapas, estenosis de la estoma, dilatación del remanente) y funcionales (intolerancia alimentaria, reflujo gastroesofágico); muchas de ellas incapacitantes y requieren una corrección quirúrgica. Presentamos el caso de una cirugía de revisión con abordaje robótico: conversión de GVA a by-pass gástrico (BPG).

Material y métodos: Paciente mujer de 49 años con antecedentes de GVA y colecistectomía laparotómicas (2000). Consultó por disfagia para sólidos y reganancia de peso (IMC 46 Kg/m²).

Se completó el estudio con gastroscopia evidenciando estenosis a nivel de la anilla y tránsito esófago-gastro-duodenal que además objetivó una fístula gastrogástrica.

Se presentó en Comité Multidisciplinar y se propuso conversión a BPG mediante abordaje robótico.

Resultados: En diciembre de 2024 se realizó un abordaje robótico con la plataforma Da Vinci. La intervención comenzó con la liberación de adherencias del epiplón a pared abdominal, liberación del estómago adherido al lóbulo hepático izquierdo, disección hiatal y se introdujo una sonda de Fouchet de 36 Fr. para identificar el reservorio gástrico de la GVA. Se localizó el ángulo de Treitz y se movilizaron 150 cm de asa biliopancreática que se suturó al estómago para asegurar una anastomosis gastroyeyunal sin tensión.

Se procedió a la creación del reservorio gástrico con la disección del espacio retrogástrico, sección gástrica transversa proximal a la anilla, liberación de la cara posterior y sección gástrica longitudinal calibrada sobre la sonda de 36 Fr.

Se finalizó la conversión a BPG según nuestra técnica habitual, bypass gástrico simplificado con anastomosis gastroyeyunal laterolateral mecánica calibrada sobre la sonda de 36 Fr, asa biliopancreática de 150 cm, asa alimentaria de 150 cm y anastomosis yeyunoyeyunal laterolateral mecánica.

Se realizó comprobación de estanqueidad de ambas anastomosis con azul de metileno y verde de indocianina endoluminales, se resecó la anilla del estómago excluido y se dejó un drenaje perianastomótico por ser una cirugía revisional.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones realizándose el control radiológico rutinario al 1^{er} día de la intervención.

Conclusiones: El abordaje y seguimiento de pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica requiere equipos multidisciplinares con experiencia.

La conversión de gastroplastia vertical anillada a bypass gástrico en Y de Roux parece ser el tratamiento de referencia en la actualidad, tanto para el fracaso de la pérdida de peso como para el manejo de las complicaciones funcionales de la gastroplastia vertical anillada.

La cirugía robótica es un abordaje factible que facilita las reintervenciones tanto por la visión como por la capacidad de disección con mayor seguridad.

Bibliografía:

1. Frutos M.D., López A., Sabench F., Vives M. Bloque 3: Cirugía de revisión de técnicas en desuso: Gastroplastia vertical anillada. Monografía de la AEC. Cirugía Bariátrica de Revisión. ISSN

27928969

2. Suter M. et al. Laparoscopic Rouxen-Y Gastric Bypass After Failed Vertical Banded Gastroplasty: a Multicenter Experience with 203 Patients. OBES SURG (2012) 22:1554–1561

V-11

CIRUGÍA DE SADI-S. CÓMO Y CUÁNDO PROCEDER TRAS SOSPECHAR UNA COMPLICACIÓN

María Iraola Fernández De Casadevante, Laura Martí Gelonch, Lorena Arrabal Agüera, Miren Josebe Padilla Otamendi, Leire Guerrico Tome, Xabier Muriel De Juan, Emma Eizaguirre Letamendia, Amador García Ruiz De Gordejuela, Raul Jiménez Agüero.

Hospital Universitario Donostia, Donostia, España.

Objetivo: Mostrar la evolución de una complicación tras cirugía de SADI-S y la importancia de la sospecha clínica temprana y el uso del TC abdominal con contraste oral para confirmar la misma.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 56 años con obesidad de larga data (IMC 51,36) y enfermedades asociadas (HTA, DM II y SAOS moderado) que es intervenida de SADI-S vía laparoscópica realizándose la anastomosis duodenoileal manual en 2 planos a 250 cm de válvula ileocecal vía laparoscópica.

Resultados: En el postoperatorio inmediato presenta dolor de difícil control y elevación de reactantes de fase aguda realizándose un TC abdominal a las 24h de la cirugía que muestra neumoperitoneo perianastomótico considerado postquirúrgico. Ante la persistencia de dolor y elevación de reactantes de fase aguda a las 35h postquirúrgicas se repite el TC abdominal con contraste oral mostrando una fuga de contraste en la cara posterior de la anastomosis. Se interviene de urgencia a la paciente vía laparoscópica visualizando un defecto puntiforme en la cara posterior en el asa ileal adyacente a la anastomosis y peritonitis biliar. Se realiza el cierre de la misma mediante punto sueltos duodenoileales. La paciente es dada de alta hospitalaria a los 7 días de la reintervención quirúrgica con adecuada evolución postoperatoria.

Conclusiones: En pacientes intervenidos/as de cirugía bariátrica es fundamental la sospecha clínica para el diagnóstico de complicaciones postoperatorias. La realización de un TC abdominal con contraste oral puede ser de gran ayuda para determinar una posible complicación en el postoperatorio. La reintervención quirúrgica mediante la sutura de una perforación puede realizarse de forma laparoscópica y segura en el postoperatorio inmediato.

V-12

CONVERSIÓN DE BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS A ANATOMÍA NORMAL POR MALNUTRICIÓN E HIPOALBUMINEMIA

David Merino De Villasante, Claudio Lazzara, Lucia Sobrino Roncero, Ana Almeida Vargas.

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España.

El bypass gástrico de una anastomosis (OAGB) fue descrito por primera vez por Rutledge en 1997 y representa aproximadamente el 10% de todas las cirugías bariátricas realizadas en todo el mundo. Es al menos tan efectivo como el bypass gástrico en Y de Roux (RYGB) en términos de pérdida de peso y resolución de comorbilidades. Las complicaciones a largo plazo, que son la indicación más común para la revisión quirúrgica, incluyen: úlceras anastomóticas, reflujo biliar y desnutrición proteico-calórica debido a una pérdida de peso excesiva. Se ha documentado desnutrición severa en el 0,9% de los pacientes. La evidencia actual sugiere que aproximadamente el 5% de los pacientes con OAGB pueden desarrollar alguna complicación a largo plazo, con una tasa de reintervención del 1%. Existen múltiples opciones técnicas para la revisión, como la conversión a RYGB, la reversión a anatomía normal y la reversión a anatomía normal asociada a una gastrectomía vertical, todas con un perfil de riesgo aceptable y una tasa de complicaciones global que varía del 5% al 35%.

Presentamos el caso de una mujer de 47 años con hipertensión y diabetes. Su IMC máximo fue de 57,2 y su IMC preoperatorio de 52,2. Se realizó un OAGB con un asa común de 2,75 metros (60% asa común, 40% asa biliopancreática), sin complicaciones postoperatorias, y fue dada de alta a las 48 horas.

Un año después de la cirugía, fue ingresada en el servicio de endocrinología por desnutrición, hipoalbuminemia y edema en las extremidades inferiores, con un IMC de 22 kg/m². Se propuso una cirugía de reversión tras una optimización nutricional con una hospitalización de un mes, mejorando su estado nutricional (albúmina de 21 g/L a 35 g/L).

La cirugía se realizó por vía laparoscópica. El primer paso consistió en liberar las adherencias de la cirugía previa e identificar la anastomosis. El siguiente paso fue la resección de la anastomosis gastroyeyunal utilizando una endograpadora mecánica de 60 mm con dos cargas verdes. Para reconstruir el tránsito y volver a la anatomía normal se realizó una anastomosis gastrogástrica laterolateral entre el pouch gástrico y el remanente con una endograpadora mecánica de 60 mm y una carga azul, usando una sutura continua barbada para el cierre de la enterotomía. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, y la paciente fue dada de alta a las 72 horas.

El OAGB es una técnica segura y efectiva, pero es de vital importancia dejar un asa común de al menos tres metros para evitar complicaciones nutricionales, aunque eso conlleve no cumplir con los estándares de medida de las asas.

V-13

CIRUGÍA DE REVISIÓN TRAS BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX POR ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y REGANANCIA DE PESO.

Cristina Miñarro, Ramon Vilallonga, Carlos Petrola Chacón, Pablo López, Daniel Herms, Alba Rojano, Vanesa Flores, Andreea Ciudin, Itxarone Bilbao.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España.

Introducción: La cirugía de revisión es el área de mayor crecimiento en la cirugía bariátrica. Sus indicaciones más frecuentes son la regancia de peso, los efectos secundarios del procedimiento inicial o la recurrencia de trastornos metabólicos, lo que refleja la naturaleza crónica de la obesidad.

Métodos: El objetivo de este video es presentar el caso de un paciente de 56 años con antecedente de bypass gástrico en Y de Roux (RYGB) hace 8 años, con IMC preoperatorio de 46,1 kg/m², IMC nadir de 31,2 kg/m² e IMC actual de 40,1 kg/m² que presenta síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) refractarios al tratamiento médico. La gastroscopia preoperatoria reveló esofagitis grado B y una anastomosis gastroyeyunal que permite el paso fácil del endoscopio. La manometría esofágica mostró motilidad esofágica normal y la pHmetría concluyó la presencia de ERGE. La serie gastrointestinal superior mostró una pequeña hernia hiatal por deslizamiento y reflujo gastroesofágico espontáneo. Después de presentar al paciente a un comité multidisciplinario, se realizó hiatoplastia + re-do de la anastomosis gastroyeyunal por abordaje laparoscópico.

Resultados: La evolución postoperatoria inmediata fue favorable, con alta hospitalaria a las 72 horas de la cirugía y evolución clínicamente correcta en controles ambulatorios con desaparición de los síntomas de ERGE. **CONCLUSIONES:** La ERGE y la reganancia de peso son una de las causas más frecuentes de cirugía de revisión tras RYGB. El tratamiento quirúrgico es una opción segura dentro del manejo multidisciplinario de este tipo de escenarios.

V-14

TORSIÓN DE SLEEVE GÁSTRICO, UNA COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL

Maria Teresa Pérez Domene¹, Camilo José Castellón Pavón², Carlos Ferrigni Gonzalez², Alejandro Garcia Muñoz Najar², Silvia Sanchez Infante Carriches², Claudia Isabel Caraballo Angeli², Tamara Diaz Vico², Luis Estela De Miguel², Jose Jacob Motos Mico², Manuel Duran Poveda².

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Mostoles, España; ²Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Introducción: La cirugía bariátrica es una estrategia eficaz para el manejo de la obesidad mórbida, contribuyendo a la pérdida de peso y la reducción de comorbilidades. Entre sus técnicas más comunes se encuentra la gastrectomía vertical (GV). En un 1-10% de los casos se puede complicar con una torsión gástrica, que conduce a una estenosis funcional, bloqueando el paso de alimentos, aumentando la presión intragástrica y reduciendo la capacidad del estómago.

Presentamos el caso de una paciente sometida a una GV robótica, quien desarrolló intolerancia oral secundaria a una torsión de la plastia gástrica, requiriendo una cirugía de revisión para su resolución.

Caso clínico: Mujer de 58 años con un IMC de 38 kg/m² sin comorbilidades asociadas, que es intervenida tras completar el protocolo bariátrico, realizando una gastrectomía vertical robótica. El postoperatorio inicial transcurrió sin incidencias, pero dos semanas después la paciente desarrolló disfagia progresiva a líquidos y sólidos, evolucionando a intolerancia oral completa al mes. Se realizó una tomografía computarizada que evidenció migración de la GV a mediastino y una gastroscopia que confirmó la presencia de una torsión gástrica con imposibilidad de paso del endoscopio. Ante estos hallazgos se decidió una cirugía de revisión por vía laparoscópica, que consistió en la reducción de la plastia migrada, cierre de los pilares esofágicos calibrados por una sonda 36 F y conversión a bypass gástrico en Y de Roux.

La paciente presentó una evolución favorable y fue dada de alta al segundo día postquirúrgico.

Discusión: La torsión gástrica es una complicación infrecuente relacionada habitualmente con factores técnicos durante la realización de la plastia gástrica por la desalineación de las grapas o menos frecuentemente por formación de adherencias. Según su momento de aparición, puede clasificarse en temprana (dentro de las primeras cuatro semanas tras la cirugía) o tardía (más allá de este periodo).

Los síntomas característicos incluyen náuseas, vómitos no biliosos, disfagia y regurgitación, que afectan significativamente la calidad de vida del paciente.

La severidad de la torsión gástrica se clasifica en tres grados según los hallazgos endoscópicos: grado I, torsión leve sin contracción significativa del lumen gástrico; grado II, rotación moderada con estrechamiento fijo que requiere maniobras adicionales para su resolución; y grado III, estenosis severa con bloqueo difícil de resolver, como en nuestro caso.

Su manejo depende de la severidad de la torsión, oscilando entre observación, intervenciones endoscópicas y cirugía de revisión. La reintervención quirúrgica es esencial para restaurar la funcionalidad gástrica, convirtiéndose generalmente a un bypass gástrico aunque en casos más graves con isquemia de la plastia puede ser mandatorio realizar una gastrectomía total.

Conclusión: La torsión gástrica es una complicación infrecuente pero significativa tras la GV, que requiere un diagnóstico precoz basado en la clínica y en estudios endoscópicos o de imagen. El tratamiento debe personalizarse según la gravedad de la torsión. Aunque las opciones endoscópicas son útiles en casos leves, las formas severas requieren cirugía de revisión para restablecer el tránsito digestivo y evitar complicaciones mayores.

V-15

TURISMO DE SALUD, ¿DONDE QUEDA LA ÉTICA?

Luis Ocaña Wilhelmi, Rocío Soler, José Luis Fernández Serrano, Dieter Morales García, Cristina Monje, Celia Román, Pablo González Rojo, Nuria Tapia, Elena Giráldez, Isabel Lavín.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: El turismo sanitario ha aumentado en los últimos años y no en las mejores condiciones, por lo que se han publicado recomendaciones de la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad, el capítulo europeo de la IFSO y las asociaciones de pacientes.

Objetivos: Se debe seguir la ética en todo momento cuando se realiza una intervención quirúrgica. Los pacientes deben recibir un estudio preoperatorio, por ejemplo una endoscopia, permanecer cerca del hospital donde han sido intervenidos durante al menos 5 días y no deben viajar si tienen una complicación significativa.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 53 años que se sometió a una gastrectomía vertical en un país extranjero. Tres días después de la cirugía y sin tolerar alimentos, tomó un avión para regresar a su país.

Resultados: Realizamos un tránsito baritado donde apreciamos la presencia de fundus gástrico y una hernia de hiato. Además, el contraste permanecía en el estómago 24 horas después. Después de colocar una sonda nasoyeyunal y nutrir al paciente durante una semana, lo llevamos a quirófano. Iniciamos la intervención liberando adherencias y localizamos lo que sospechábamos, una hernia hiatal gigante. Accedimos a la cavidad de los epiplones donde apreciamos la presencia de todo el fundus, que no había sido extirpado.

Tras liberar todo el estómago, procedimos a resecar el saco herniario. Para completar esta primera etapa con el cierre de los pilares con una sutura barbada continua calibrada con una sonda de Fouché.

Posteriormente, instalamos una malla para reforzar la plastia y completamos la resección del fundus hasta terminar la gastrectomía vertical. Luego convertimos la cirugía a un bypass gástrico convencional con una asa alimentaria de 120 cm y una asa biliopancreática de 90 cm.

Conclusiones: Peter Angelos, reconocido cirujano endocrino, nos comenta que la ética quirúrgica es diferente a la ética médica, el paciente está sedado durante la cirugía y pone su vida en nuestras manos.

- Se debe realizar Estudio Preoperatorio
- El Paciente debe permanecer unos días en el Área de Hospitalización.
- No se debe dar de alta al paciente si presenta alguna complicación.
- Debe existir comunicación con el equipo que realizará el seguimiento del paciente.
- La ética debe guiar todas nuestras acciones, como con cualquier paciente

V-16

CRUCE DUODENAL DE UNA SOLA ANASTOMOSIS ROBÓTICO POSTERIOR A GASTRECTOMÍA VERTICAL (SADI-S): NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL CON EL SISTEMA HUGO-RAS®

María Luisa Galaviz Sosa, María Carmen Balagué, Qiao Lin, Noelia Puértolas, Joaquín Rodríguez, Lilian Escobar, Juan Hinojosa, Sergio Alfonso, Ana Barrio, Salvadora Delgado Rivilla.

Hospital Mutua, Terrassa, España.

Introducción: El cruce duodenal de una anastomosis (SADI-S) es una técnica emergente recomendada para pacientes con obesidad grado IV o en aquellos que presentan reganancia durante el seguimiento posterior a una cirugía bariátrica. En 2024, realizamos nuestros primeros procedimientos de SADI-S con robot.

Objetivo: Presentamos un video que ilustra paso a paso la cirugía robótica asistida por laparoscopia utilizando el sistema HUGO-RAS®.

Materiales y Métodos: Presentamos el caso de una paciente de 35 años con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad mórbida, con un índice de masa corporal inicial de 48. Se sometió a una gastrectomía vertical en 2014 y alcanzó un peso postoperatorio mínimo de 75 kilogramos. Sin embargo, posteriormente presentó un aumento progresivo de peso, alcanzando un IMC de 40. Se presentó en un comité multidisciplinario, donde se decidió que era tributaria a una cirugía de revisión, en este caso, un SADI-S.

Resultados: Se realizó el neumoperitoneo en el punto de Palmer con una aguja de Veress y se posicionaron los trócares de la siguiente manera: un trócar de 12 mm supraumbilical para la cámara, dos de 8 mm en el flanco izquierdo para los brazos robóticos derechos, uno de 8 mm en el flanco derecho para el brazo robótico izquierdo, uno de 12 mm en el flanco derecho para el asistente y 5 mm en el hipocondrio derecho para el separador hepático. El procedimiento comenzó con la localización de la válvula ileocecal y la medición de 300 centímetros de íleon. Esta asa se fijó a la pared abdominal con una sutura distal larga de Vicryl y una sutura proximal corta para asegurar su correcta identificación más adelante.

Se inició el acoplamiento y cirugía robótica asistida por laparoscopia. Se realizó un túnel retro-duodenal 2 cm distal al píloro, seguido de la sección duodenal utilizando una endograpadora Signia de carga morada de 60 mm. Se realizó una anastomosis duodeno-ileal termino lateral isoperistáltica manual con sutura barbada reabsorbible de 3/0 en dos planos. La estanqueidad de la sutura se verificó con azul de metileno, y se colocó un drenaje Jackson-Pratt tutorizando el muñón duodenal. Se confirmó la hemostasia y se retiraron los trócares bajo visión directa. La paciente fue dada de alta 48 horas después de la cirugía sin complicaciones.

Conclusiones: El sistema robótico HUGO-RAS en la anastomosis duodeno-ileal proporciona una visión 3D en alta definición del campo quirúrgico, así como movimientos precisos de los brazos robóticos, lo que asegura la precisión y estabilidad necesarias en este procedimiento. Esto podría contribuir a minimizar el riesgo de complicaciones, así como disminuir el tiempo de recuperación de los pacientes.

V-17

DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA EN SADI-S. ¿Y AHORA QUÉ?

Clàudia Cabau Talarn, Ramon Vilallonga, Nair Fernandes, Sara Villasante, Nares Arroyo, Anna Ciscar, Clara Pañella, Itxarone Bilbao.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España.

Objetivos: Presentar un caso de dehiscencia anastomótica en un SADI-S asociado a pancreatitis aguda concomitante durante el postoperatorio, destacando su diagnóstico y manejo quirúrgico mediante rafia primaria laparoscópica.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente, mujer de 44 años con antecedentes de sleeve gástrico un año previo por obesidad, con un MC inicial de 66 kg/m², actualmente con un IMC de 44 kg/m², en la que tras comentarse en comité multidisciplinar, se decide la realización de un SADI-S robótico como segundo tiempo quirúrgico.

El postoperatorio inmediato es favorable, pero al segundo día presenta dolor abdominal epigástrico y elevación de reactantes de fase aguda, por lo que se realiza un TC urgente que no objetiva signos sugestivos de dehiscencia anastomótica ni otras alteraciones destacables.

Analíticamente al tercer día se evidencia hiperamilasemia, por lo que se diagnostica de pancreatitis aguda, y se inicia tratamiento con fluidoterapia ajustada por objetivos y dieta absoluta. Inicialmente la paciente evoluciona favorablemente, por lo que se reinicia dieta oral de protección biliar, pero al séptimo día realiza pico febril, motivo por el cuál se realiza nuevamente un TC de control que objetiva signos sugestivos de dehiscencia anastomótica.

Se decide realizar revisión quirúrgica laparoscópica, confirmándose la dehiscencia anastomótica, y se opta por realizar rafia primaria de la anastomosis dada la viabilidad de tejidos y la probable causa de la dehiscencia.

Resultados: Posteriormente la evolución fue favorable. Se retiró el drenaje al tercer día tras realizarse una bioquímica del mismo, sin signos de hiperamilasemia, y la paciente fue dada de alta con buena evolución al sexto día.

Conclusiones: La dehiscencia anastomótica en SADI-S es una complicación poco frecuente, pero potencialmente grave, que puede estar influenciada por condiciones concomitantes como la pancreatitis aguda. En casos seleccionados, la rafia primaria laparoscópica es una opción viable y segura, reservando la resección y reanastomosis para tejidos no viables.

V-18

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTE CON EVENTRACIÓN MAGNA. TÉCNICA IPOM COMO TERAPIA PUENTE

Maria Teresa Pérez Domene, Carlos Ferrigni Gonzalez, Alejandro García Muñoz Najar, Camilo Jose Castellon Pavon, Silvia Sanchez Infante Carriches, Claudia Isabel Caraballo Angeli, Tamara Diaz Vico, Luis Estela De Miguel, Jacob Motos Mico, Manuel Duran Poveda.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Objetivos: La obesidad es un factor de riesgo para la aparición de hernia incisional tras la cirugía abdominal. Actualmente, en pacientes que serán sometidos a cirugía bariátrica, no hay consenso sobre el momento óptimo para reparar estos defectos: antes, durante o después de la cirugía bariátrica. Presentamos un caso de gastrectomía vertical laparoscópica (GV) con reparación parcial simultánea de eventración magna como terapia puente a la reparación definitiva de la pared abdominal.

Materiales y Métodos: Varón de 56 años con antecedente de laparotomía media por un úlcus duodenal, eventroplastia magna fallida y obesidad mórbida con un IMC de 42.3.

Se decide en comité multidisciplinar realizar cirugía bariátrica para pérdida de peso previa a la reparación herniaria definitiva. Se realiza una GV y eventroplastia simultánea con malla reabsorbible intraperitoneal según técnica IPOM. El postoperatorio cursa sin incidencias y el paciente es dado de alta al segundo día postquirúrgico. Se realiza una tomografía computarizada (TC) al segundo mes por sospecha de seroma, mostrando continencia de la pared. Al segundo mes, el IMC es de 35.8 kg/m² con una pérdida de aproximadamente 20kg.

Discusión: La eventración es una complicación frecuente tras cirugía abdominal, con una incidencia de hasta el 12% en los dos primeros años. La obesidad aumenta este riesgo y dificulta su tratamiento, con una tasa de recidiva hasta cuatro veces mayor. Las estrategias incluyen la reparación herniaria previa a la cirugía bariátrica, posterior a la misma o la intervención simultánea. La decisión debe individualizarse para optimizar resultados.

Se ha demostrado que la reparación con malla es superior a la sutura simple, aunque en defectos pequeños puede optarse por rafia primaria. En nuestro caso, el tamaño de la eventración era 9 cm en su diámetro máximo, por lo que optamos por la técnica IPOM con una malla intraperitoneal reabsorbible como terapia puente a la reparación definitiva, en espera de la pérdida de peso del paciente.

Conclusión: El tratamiento de pacientes bariátricos con eventración asociada es un reto quirúrgico. Para minimizar complicaciones y cirugías subóptimas, es fundamental una evaluación individualizada por un equipo experto que determine el momento óptimo para la reparación de la pared abdominal.

V-19

SADIS ROBOÓTICO ASISTIDO CON HUGO-RAS. TÉCNICA PASO A PASO

Inmaculada Torrijo Gómez, Christian Esteo Verdú, Jorge Febré Sánchez, Carla Leal Ferrandis, Mari Carmen Martinez Bagant, Raul Cánovas De Lucas.

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.

Antecedentes: Este video proporciona una guía paso a paso para realizar SADIS utilizando cirugía asistida por robot. Aunque esta técnica ha sido descrita previamente, la novedad de este video radica en el uso del sistema Hugo. RAS

Objetivos: Describir cómo realizamos un SADIS asistido por robot.

Métodos: En enero de 2025, se realizó un SADIS asistido por robot en un paciente de 57 años con obesidad, hipertensión (HTA) y apnea obstructiva del sueño (SAOS). El IMC previo a la cirugía era de 37. Hemos creado un video que muestra nuestro enfoque preferido de acoplamiento y técnica quirúrgica.

Resultados: No se presentaron complicaciones mayores durante la cirugía. El paciente fue dado de alta en el segundo día postoperatorio sin drenaje ni complicaciones tempranas, tolerando dieta líquida.

Conclusiones: La cirugía asistida por robot para SADIS es factible utilizando el sistema Hugo- RAS. Compartimos nuestra experiencia para que otros centros bariátricos puedan aprender de ella y aportar conocimientos a la nuestra.

V-20

GASTROSCOPIA INTRAOPERATORIA: ¿PUEDE CAMBIAR NUESTRA ESTRATEGIA QUIRÚRGICA?

Maria Lapeña Rodríguez, M Carmen Fernández Moreno, Rosa Martí Fernández, Jose Sánchez Lara, Raquel Alfonso Ballester, Norberto Cassinello Fernández.

Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.

Objetivos: La endoscopia digestiva alta intraoperatoria es una herramienta esencial en cirugías en procedimientos primarios en pacientes con hernias de hiato y en cirugías bariátricas de revisión. Su uso permite optimizar las estrategias quirúrgicas, facilitar la toma de decisiones en tiempo real y mejorar la seguridad del paciente al proporcionar una visión detallada intra y extraluminal. Este video busca demostrar la utilidad de la endoscopia intraoperatoria en diferentes escenarios quirúrgicos resaltando su impacto en la detección de complicaciones y la adaptación de la técnica quirúrgica

Material y métodos: Se presentan cinco casos clínicos donde se utilizó la endoscopia intraoperatoria, dos procedimientos primarios en pacientes con obesidad con hernia de hiato y tres casos de cirugías de revisión. En los procedimientos primarios la endoscopia permitió evaluar el grado de la hernia y determinar la necesidad de reparación durante el procedimiento bariátrico. En las cirugías de revisión, se presenta caso de paciente con antecedente de bypass gástrico en Y de Roux con el reservorio herniado, una paciente con intolerancia oral tras una gastrectomía vertical, y un caso de un paciente con gastrectomía vertical que presenta herniación de esta y esófago de Barret. Durante cada procedimiento la endoscopia intraoperatoria ayudó a identificar alteraciones anatómicas, detectar complicaciones como estenosis o twist de la plastia y guiar la reparación quirúrgica en tiempo real.

Resultados: En los casos de procedimientos primarios con hernias de hiato, la endoscopia permitió evaluar el grado de la hernia y valorar la necesidad de reparación de esta. En las cirugías de revisión, donde las alteraciones anatómicas y los desafíos técnicos son frecuentes, la endoscopia fue indispensable para identificar complicaciones previas como estenosis o *twist* de la plastia. Esta información permitió realizar cambios en la estrategia quirúrgica durante el intraoperatorio y asegurar una correcta resolución de los problemas existentes.

Conclusiones: La endoscopia intraoperatoria es una herramienta indispensable en la cirugía bariátrica tanto en procedimientos primarios como en cirugías de revisión. Su utilización mejora la seguridad quirúrgica, optimiza la toma de decisiones y permite una mejor resolución de complicaciones en tiempo real. En cirugías complejas como las revisiones bariátricas y los procedimientos en pacientes con hernias de hiato, su aplicación se traduce en mejores resultados y menor riesgo de complicaciones postoperatorias.

V-21

IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE UNA COMPLICACION INUSUAL TRAS FULL ROBOTIC SADIS

Jose Jacob Motos Micó, Alejandro García Muñoz-Najar, Carlos Ferrigni González, Tamara Díaz Vico, Camilo Jose Castellón Pavón, Teresa Pérez Domene, Silvia Sánchez-Infante Carriches, Claudia Isabel Caraballo Angeli, Andres Ariel Pazos Mustelier, Manuel Durán Poveda.

Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Introducción: El desarrollo de la cirugía robótica ha supuesto un aumento del número de cirugías bariátricas que cada año se hacen en todo el mundo. El procedimiento SADIS especialmente mediante técnica robótica ofrece diversas ventajas sobre las técnicas tradicionales, como menor invasividad, precisión y recuperación más rápida. Se ha convertido en una cirugía segura, con altas hospitalarias precoces. No obstante, no está exenta de posibles complicaciones por lo que requiere un seguimiento postoperatorio estrecho y multidisciplinar para la detección y tratamiento precoz de las mismas. La clave para minimizar las complicaciones radica en un seguimiento postoperatorio estricto como el caso que presentamos de una complicación temprana tras full robotic SADIS.

Caso clínico: Mujer de 42 años con IMC 48,3 kg/m² sin comorbilidades es intervenida de SADIS robótico sin incidencias. A las 24h la paciente presenta dolor abdominal en epigastrio con defensa, pero sin taquicardia ni fiebre y con analítica sanguínea rigurosamente normal. Se realiza TC urgente con contraste oral e iv que informa de dehiscencia de anastomosis duodenoileal por lo que se decide reintervención quirúrgica urgente por laparoscopia. Se objetiva perforación en cara posterior duodenal que se sutura con stratafix 3/0 y tras lavado se coloca drenaje. La paciente evoluciona favorablemente tras la cirugía de revisión y es dada de alta al 7º día postoperatorio.

Conclusiones: El uso de tecnología robótica en cirugía bariátrica mejora la precisión de la intervención, pero puede haber riesgos postoperatorios que pueden tener consecuencias muy graves e inesperadas si no se detectan y tratan a tiempo. El uso de sistemas de monitorización continua, las pruebas complementarias de laboratorio y radiología como parte del seguimiento postoperatorio ayudan a identificar signos de fugas de manera temprana, permitiendo una respuesta rápida. Una intervención temprana ante una fuga evita la progresión de la infección y ayuda a prevenir otros problemas. La detección precoz de una fuga tras un Full Robotic SADIS es crucial para evitar complicaciones graves como la peritonitis, mejorar la seguridad del paciente, optimizar los resultados postoperatorios y reducir los costos asociados a reintervenciones y hospitalizaciones prolongadas. Por tanto, un diagnóstico oportuno y una intervención rápida son claves para garantizar la recuperación y el éxito a largo plazo del procedimiento.

V-22

REVERSION DE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX A ANATOMIA NORMAL POR HIPOCALCEMIA SEVERA. A PROPOSITO DE UN CASO

Jose Jacob Motos Micó, Esther Ferrero Celemin, Daniel Sanchez Lopez, Fatima Sanchez-Cabezudo Noguera, Maria Hernandez O'reilly, Inmaculada Mellado Sanchez, Juan Gadja Escudero, Carolina Peck García, Lucia Alonso Rodriguez, Antonio Picardo Nieto.

Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes, España.

Introducción: La hipocalcemia severa post-tiroidectomía total en un paciente con cirugía bariátrica previa es una complicación compleja y multifactorial que puede poner en riesgo la vida del paciente si no se maneja de manera adecuada. Tanto la tiroidectomía como la cirugía bariátrica alteran el metabolismo del calcio y la vitamina D, lo que aumenta el riesgo de desarrollar hipocalcemia severa. La reversión de un bypass gástrico en Y de Roux a anatomía normal es un procedimiento infrecuente, generalmente realizado cuando el paciente experimenta complicaciones graves relacionadas con deficiencias nutricionales. En casos extremos, cuando la hipocalcemia es refractaria al tratamiento médico, puede ser necesario realizar la reversión del bypass gástrico como el caso que presentamos.

Caso clínico: Mujer de 44 años con antecedentes de obesidad mórbida IMC 49,8 sin comorbilidades asociadas, es intervenida en marzo de 2023 de bypass gástrico laparoscópico (asa biliopancreática 80cm y asa alimentaria 150cm). En agosto de 2024 el servicio de otorrinolaringología realiza tiroidectomía total por carcinoma papilar convencional, infiltrativo de 3 cm con margen radial libre con 1/3 ganglios linfáticos con metástasis de Carcinoma Papilar, sin extensión extratiroidea: pT2 N1a. Además, presenta hipoparatiroidismo postquirúrgico severo con extirpación de 1 glándula paratiroidea y parálisis de CVI en paramediana pero cierta movilidad de aritenoides. La paciente presenta hipocalcemia no controlada médicamente que precisa de calcio iv ambulatorio. Tras revisión a los 19 meses se presenta en sesión multidisciplinar y se decide revertir bypass gástrico a anatomía normal para solucionar hipocalcemia que no responde a tratamiento médico. Al mes de la revisión bariátrica la paciente no presenta signos de tetania y se encuentra bien.

Conclusión: La incidencia de hipocalcemia severa en este contexto es difícil de cuantificar, pero la combinación de ambas condiciones (tiroidectomía y cirugía bariátrica) aumenta considerablemente el riesgo, especialmente en pacientes con antecedentes de deficiencias nutricionales. La hipocalcemia puede desarrollarse de forma aguda tras la tiroidectomía, sobre todo en los primeros días postquirúrgicos, y en algunos casos puede ser refractaria al tratamiento estándar. El pronóstico depende de la rapidez con la que se diagnostique y trate la hipocalcemia severa. Si se trata adecuadamente con suplementos de calcio y vitamina D, la mayoría de los pacientes pueden recuperar la estabilidad de los niveles de calcio. Sin embargo, los pacientes con daño irreversible a las glándulas paratiroides pueden necesitar tratamiento de por vida para controlar los niveles de calcio. La complicación puede ser más difícil de manejar en aquellos pacientes con antecedentes de malabsorción debido a la cirugía bariátrica, lo que puede requerir una vigilancia constante y ajustes en la terapia de suplementación. La hipocalcemia post-bypass gástrico es una complicación seria que puede requerir la reversión del procedimiento en casos refractarios. El tratamiento conservador debe ser la primera línea, pero en casos severos, la reversión quirúrgica es una opción efectiva para restaurar la anatomía y mejorar la absorción de calcio.

V-23

ABORDAJE COMBINADO PARA RETIRADA DE BANDA GÁSTRICA COMPLICADA

Jose Jacob Motos Micó, Daniel Sanchez Lopez, Esther Ferrero Celemin, Fatima Sanchez-Cabezudo Noguera, Maria Hernandez O'reilly, Inmaculada Mellado Sanchez, Juan Gadja Escudero, Carolina Peck García, Lucia Alonso Rodriguez, Antonio Picardo Nieto.

Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes, España.

Introducción: La inclusión intragástrica de la banda gástrica es una complicación infrecuente pero grave. La incidencia de esta complicación es baja, pero se asocia a un 1-5% de los pacientes con banda gástrica ajustable, generalmente en el contexto de erosión o deslizamiento de la banda, siendo más común en los primeros años después de la colocación. Este evento puede resultar en perforación gástrica, infecciones o fístulas. Presentamos el caso de una paciente con una banda gástrica complicada con inclusión intragástrica.

Caso clínico: Mujer de 46 años intervenida en otro país de banda gástrica ajustable (BGA) hace más de 10 años. Acude a urgencias de nuestro centro por dolor abdominal focalizado en fosa iliaca derecha y sensación de gases. Se realiza una TC abdominal urgente que descarta patología urgente aguda e informa de banda gástrica normoposicionada. La gastroscopia objetiva inclusión completa de la banda intragástrica. Con estos hallazgos y tras obtener el consentimiento de la paciente, se decide intervención quirúrgica para retirada de la banda gástrica combinado con el servicio de Endoscopia. Durante la laparoscopia exploradora se objetiva un plastrón que incluye epiplon ascendido al espacio supramesocólico. Se palpa banda gástrica deslizada hacia cuerpo gástrico y orificio de entrada del catéter de la misma a nivel de la curvatura menor. Se disecciona antro prepilórico para pasar cinta que clamar la salida gástrica. Se realiza endoscopia intraoperatoria que identifica la inclusión prácticamente completa de la banda a excepción de un puente mucoso y se secciona con litotriptor. Se secciona catéter cercano a su entrada en estómago y se extrae banda por endoscopia sin incidencias. Se secciona orificio fistuloso de entrada del catéter en estómago con 2 cargas de endograpadora. Se extrae el catéter completo y el reservorio localizado en hipocondrio izquierdo. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al 4º día postoperatorio.

Conclusiones: La inclusión intragástrica de la banda gástrica ajustable es una complicación inusual que puede resultar de un deslizamiento de la banda, una erosión de la misma o un fallo en el ajuste adecuado. Esta condición puede desencadenar una serie de complicaciones, incluyendo infección, sangrado y obstrucción intestinal. El diagnóstico se realiza a través de endoscopia que permite visualizar la banda dentro del estómago y detectar complicaciones asociadas, como erosión o perforación. Los síntomas comunes incluyen dolor abdominal, infecciones recurrentes, vómitos y sangrado. La extracción endoscópica de la banda es posible en algunos casos, mediante el uso de herramientas endoscópicas para extraer la banda sin necesidad de cirugía abierta. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico puede ofrecerse en casos más graves, especialmente con perforación gástrica o infecciones graves, requiriendo una cirugía laparoscópica para retirar la banda o reparar el daño gástrico.

V-24

DISTALIZACIÓN DEL BYPASS GÁSTRICO COMO ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE LA REGANANCIA PONDERAL: DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA

Ruth Lopez Gonzalez, Helena Fernández, Sara Lopez, Sergi Sanchez-Cordero, Rodrigo Hermoza, Jordi Pujol-Gebelli, Isidre Martí.

Consorci Sanitari Integral - Hospital de l'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat, España.

Objetivos: Presentación de caso clínico: distalización de bypass gástrico por reganancia ponderal de peso.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 44 años con antecedente de bypass gástrico realizado hace 20 años, con un IMC máximo de 52 kg/m² y un nadir de 26 kg/m² a los 18 meses postoperatorios. Fue derivada a nuestra unidad por recuperación de peso, con un IMC actual de 44 kg/m². La paciente negó síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) u otras quejas asociadas. Se decidió realizar una cirugía de revisión mediante distalización del bypass gástrico.

Resultados: El procedimiento se llevó a cabo por vía laparoscópica. Durante la cirugía, se evaluaron las longitudes de las asas intestinales, observándose una configuración inicial de una asa alimentaria de 100 cm, una asa biliar de 30 cm y una asa común de 450 cm. Se realizó la reconstrucción quirúrgica, incluyendo la resección del "candy cane" y una nueva configuración de asas con una asa alimentaria de 100 cm, una asa biliar de 280 cm y una asa común de 200 cm.

La paciente presentó una evolución postoperatoria sin complicaciones. A los seis meses de seguimiento, mostró una pérdida de peso significativa, alcanzando un IMC de 36 kg/m², sin eventos adversos reportados.

Conclusión: La distalización del bypass gástrico es una estrategia quirúrgica que puede ser efectiva en pacientes con recuperación de peso tras un bypass gástrico convencional. Sin embargo, es una técnica que requiere una planificación meticulosa y una ejecución precisa para minimizar el riesgo de complicaciones nutricionales y quirúrgicas. La evaluación cuidadosa de la configuración de las asas intestinales y la individualización del procedimiento son esenciales para optimizar los resultados y evitar efectos adversos como la desnutrición severa o el síndrome de asa común corta.

V-25

REANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL ROBÓTICA

Homero Beltrán Herrera, Raquel Queralt Martín, Karina Maiocchi Segredo, Elena Aliaga Hilario, Andreu Martínez Hernández, Manuel Laguna Sastre.

Hospital General Universitario de Castellón, CASTELLÓN, España.

Objetivos: Reconstruir la anastomosis gastroyeyunal (GY) de bypass gástrico, y a su vez reestablecer la correcta ingesta alimentaria y la calidad de vida del paciente.

Material y métodos: Paciente varón de 53 años, intervenido de bypass gástrico yeyunal laparoscópico en 2019 por presentar antecedente de obesidad mórbida y comorbilidades.

La anastomosis GY realizada era de tipo circular con EEA 25mm (Orvil™). Tras el primer año del postoperatorio el paciente presenta disfagia a alimentos sólidos hasta ingerir únicamente líquidos. Se realiza tránsito gastroyeyunal y gastroscopia disgestiva alta objetivando en ambas pruebas estenosis a nivel de anastomosis GY.

El paciente es sometido a dos dilataciones endoscópicas sin obtener mejoría, por lo que se decide cirugía de revisión bariátrica.

El IMC del paciente al momento de la decisión de cirugía de revisión era de 21Kg/m².

La cirugía de revisión fue llevada a cabo a través de la plataforma robótica del Sistema DaVinci XI en nuestro centro hospitalario.

Resultados: Se realizó resección del complejo anastomótico estenosado y realización de nueva anastomosis gastroyeyunal lineal con Sureform 60mm totalmente robótica con reconstrucción del reservorio gástrico, calibrado con sonda de Faucher 36F, dilatado por la estenosis anastomótica previa.

Tras la cirugía el paciente fue dado de alta a las 48h del postoperatorio, sin ninguna incidencia y manteniendo el protocolo habitual de nuestro centro en pacientes bariátricos.

Actualmente el paciente presenta adecuada ingesta a todo tipo de alimento y ha incrementado su calidad de vida en muchos aspectos. Peso actual 70Kg, IMC: 24.3Kg/m².

Conclusiones: La cirugía de revisión en pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica se beneficia y disminuye el riesgo de complicaciones mediante la cirugía robótica, debido a la precisión y la visión que ofrece al cirujano. Por este motivo, recomendamos su empleo en casos complejos, y realizarla por cirujanos bariátricos con experiencia en los mismos y en cirugía robótica.

V-26

BYPASS GÁSTRICO ROBÓTICO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL CON HERNIA DE HIATO GIGANTE

Beniamino Pascotto, Juan Santiago Azagra.

Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxemburgo, Luxemburgo.

Objetivos: Presentar el caso de una cirugía de revisión complicado, manejado mediante cirugía robótica.

Material y métodos: El material audiovisual se obtiene de nuestro centro con el consentimiento informado de los pacientes.

Resultados: Se trata de una mujer de 67 años, operada en 2014, en otro país, por obesidad de una gastrectomía vertical por laparotomía. El IMC era de 43 kg/m². En 2024 la paciente consulta el digestivo de nuestro centro por disfagia, reflujo y vomito todos los días. El gastroenterólogo realiza una gastroscopia que muestra sospecha de hernia de hiato sin esofagitis. Un tránsito gastro-duodenal y un escáner confirman la presencia de una voluminosa hernia de hiato. Tras presentar el caso en comité multidisciplinar se decide realizar la conversión a un bypass gástrico por robot con corrección de la hernia de hiato y cierre de los pilares. La intervención se desarrolla sin problemas mostrando todas las ventajas de trabajar con una plataforma robótica en un caso de disección mediastinal muy alta. La paciente evoluciona favorablemente, inicia tolerancia con agua el día de la intervención y a líquidos el primer día postoperatorio. El primer día postoperatorio se procede al alta hospitalaria.

Conclusiones: El comité multidisciplinar es la base para decidir la intervención a realizar, sobre todo en casos complicados como el presentado actualmente. En nuestro centro la cirugía robótica es el abordaje de elección sobre todo por casos de cirugía de revisión. Desde que hemos empezado la cirugía robótica el protocolo postoperatorio fast-track con alta al primer día postoperatorio ha sido ampliado a los casos de cirugía de revisión.

V-27

CIRUGÍA BARIÁTRICA REVISIONAL: PÉRDIDA DE PESO EFECTIVA MEDIANTE BYPASS GÁSTRICO DE UNA SOLA ANASTOMOSIS (OAGB) TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ivet Goujon Pozuelo, Ramon Vilallonga Puy, Pablo Alejandro López Luza, Itzel Corina Zarate Salinas, Alba Rojano Toimil, Andreea Ciudin Mihai, Carlos Petrola, Nares Arroyo Garcia, Ana Maria Ciscar Belles, Itxarone Bilbao.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España.

Introducción: La cirugía bariátrica se ha consolidado como un pilar fundamental en el tratamiento de la obesidad mórbida, siendo el Bypass Gástrico en Y de Roux (RYGB) considerado durante largo tiempo como el gold estándar debido a su eficacia comprobada en la pérdida de peso y la resolución de comorbilidades. Sin embargo, los avances recientes han dado lugar al desarrollo del Bypass Gástrico de Una Anastomosis (OAGB), un procedimiento innovador que promete beneficios similares con un enfoque técnicamente más sencillo. El OAGB consiste en una única anastomosis entre el estómago y el intestino delgado, lo que ofrece un riesgo reducido de complicaciones, tiempos operatorios más cortos y un curso postoperatorio menos complejo en comparación con el RYGB. Si bien ambos procedimientos comparten mecanismos comunes de pérdida de peso, como la restricción gástrica y la malabsorción, difieren en sus técnicas quirúrgicas, alteraciones anatómicas y posibles resultados a largo plazo.

Objetivos: El objetivo de esta presentación de caso es ilustrar la eficacia y seguridad del Bypass Gástrico de una anastomosis (OAGB) como procedimiento bariátrico revisional, destacando su potencial para una pérdida de peso significativa y mejora de comorbilidades en pacientes con resultados inadecuados tras cirugías previas.

Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 51 años con Diabetes Mellitus Tipo 2 y sin antecedentes médicos significativos, que inicialmente presentaba un IMC de 46 kg/m² antes de someterse a una gastrectomía vertical en 2021. En su seguimiento a los 6 meses, su IMC había reducido a 40 kg/m². Durante los 2 años posteriores, su peso se mantuvo estable, con un leve aumento en los últimos meses, lo que resultó en un IMC final de 41 kg/m². El caso fue discutido en el comité de obesidad, y se tomó la decisión de proceder con cirugía bariátrica revisional, convirtiendo a la paciente en una candidata para Bypass Gástrico de Una Anastomosis (OAGB). Este video muestra la técnica OAGB en detalle.

Resultados: El curso postoperatorio de la paciente fue sin complicaciones, con una evolución favorable. Fue dada de alta 72 horas después de la cirugía y mostró un progreso clínico adecuado durante las visitas de seguimiento ambulatorio posteriores. En el seguimiento a los 6 meses, su IMC había disminuido a 35 kg/m².

Conclusión: El Bypass Gástrico de Una Anastomosis (OAGB) es una opción eficaz y segura para la cirugía bariátrica revisional. Su simplicidad, la reducción de tasas de complicaciones y los resultados de pérdida de peso comparables o superiores lo convierten en una elección óptima, especialmente para pacientes con pérdida de peso insuficiente tras procedimientos previos como la gastrectomía vertical.

V-28

GASTRECTOMIA VERTICAL EN UNA PACIENTE TOH

Maria José Palacios Fanlo, Nazaret Fernández Fernández, Noelia Lete Aguirre, María Del Mar Soriano Liébana, Laura Mediana Mora, Rubén Carramiñana Nuño, Daniel Otero Romero, Miguel Gasós García, Sofía Fontana Escartin, Álvaro Lagos De Los Reyes.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Autores: Nazaret Fernández Fernández, Sofía Fontana Escartín, Álvaro Lagos de los Reyes, Miguel Gasós García, Daniel Otero Romero, Rubén Carramiñana Nuño, Laura Medina Mora, Noelia Lete Aguirre, María del Mar Soriano Liébana, María José Palacios Fanlo.

Objetivo: Presentación en formato video de un caso clínico de una gastrectomía vertical en una paciente con obesidad mórbida refractaria a tratamiento dietético y trasplantada hepática.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer 53 años con obesidad grado III larga evolución con mala respuesta a tratamiento dietético.

Antecedentes médicos:

- Hematoma cerebral espontáneo en 2006 con crisis comicial espontánea.
- Trasplante hepático en 2012 por cirrosis biliar primaria en estadio de cirrosis (Child B) con prurito refractario a tratamiento. Rechazo agudo en 2016.
- Agranulocitosis por metamizol.
- Crisis comiciales repetidas con mal control de las mismas.

Esta paciente presentaba peso máximo de 113 kg con IMC 46.43 y esteatosis hepática severa que ponía en riesgo el injerto hepático, por lo que es remitida desde consultas de hepatología para valorar tratamiento quirúrgico.

La paciente cumplía criterios de cirugía bariátrica prioritarias, por lo que se completó el protocolo de cirugía bariátrica y se propuso la realización de una gastrectomía vertical.

En el periodo anterior a la intervención, tras una dieta muy baja en calorías (VLCD), la paciente bajó a un peso de 103 Kg, consiguiendo un IMC de 42.32.

Resultados: El postoperatorio transcurrió sin incidencias, tras 24 horas de estancia en UCI pasa a planta, donde se inicia tolerancia a dieta con buena tolerancia oral, dolor controlado con analgesia y ritmo deposicional restaurado, así como control de terapia inmunosupresora. Se retiró el drenaje previo al alta y las heridas presentaban buen aspecto. Se dio de alta tras 12 días de ingreso.

Conclusiones: La obesidad es en la actualidad una epidemia con graves consecuencias en la población mundial, afectando a muchos aspectos de la salud.

Produce un daño crónico global en el organismo, empeora de por sí la patología de los órganos ya afectados o con insuficiencia y, conlleva un deterioro más rápido de los órganos trasplantados. La literatura muestra que los resultados en pacientes trasplantados con obesidad, son peores en comparación con la población no obesa, si bien es evidente que el trasplante es beneficioso en comparación con las terapias alternativas.

En este sentido, la cirugía bariátrica constituye en la actualidad una herramienta eficaz dentro de la cirugía abdominal con unos resultados muy satisfactorios de pérdida de peso y resolución de comorbilidades, y con una muy baja tasa de complicaciones que en su conjunto mejoran de modo notable la salud de los pacientes.

Las indicaciones para llevar a cabo cirugía bariátrica son un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 40 kg/m², un IMC de 35 a 39,9 kg/m² con una comorbilidad relacionada con la obesidad (por ejemplo, diabetes, hipertensión, enfermedad de reflujo gastroesofágico, osteoartritis, entre muchos otros), o un IMC de 30 kg/m² con diabetes mellitus tipo II de difícil de controlar o síndrome metabólico.

V-29

NISSEN-SLEEVE EN PACIENTE OBESO CON RGE Y UNA MALROTACIÓN INTESTINAL COMPLETA

Cristian Cisterne López¹, Raquel Sánchez Santos², Sagrario Martínez Cortijo¹, Daniela Rodríguez Marín¹, Rodrigo Abón Arrojo¹, Candela Contreras Garcia¹.

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España; ²complejo hospitalario universitario de vigo, vigo, España.

Objetivo: La gastrectomía vertical se ha convertido en una de las técnicas quirúrgicas más realizadas a nivel mundial en el ámbito de la cirugía bariátrica, dada su buena reproducibilidad y resultados. No obstante, no es una técnica exenta de riesgos y sus dos principales complicaciones son la fístula gástrica y el reflujo gastroesofágico.

La técnica quirúrgica de Nissen-sleeve, una combinación de la funduplicatura de Nissen y la gastrectomía vertical, se ha posicionado como una opción efectiva para el tratamiento quirúrgico de la obesidad y la prevención del RGE postoperatorio.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 31 años. Como AP más relevantes posee una obesidad grado 3 (IMC 40) junto con un RGE sintomático refractario a tratamiento médico, y además presenta una malrotación intestinal completa.

El caso es presentado en el comité de cirugía bariátrica, y dado el antecedente de malrotación intestinal completa, se decide programar al paciente para un Nissen-Sleeve laparoscópico.

Resultados: El paciente presenta un postoperatorio favorable. El 1er DPO inicia tolerancia oral junto con suplementos proteicos, y al 3er DPO es dado de alta a domicilio sin incidencias.

Conclusiones: El Nissen-sleeve ha demostrado ser una alternativa efectiva en pacientes con obesidad mórbida y reflujo gastroesofágico, proporcionando beneficios significativos en cuanto a control de síntomas de reflujo gastroesofágico y pérdida de peso.

La funduplicatura de Nissen, que implica el envolvimiento del fundus gástrico alrededor del esfínter esofágico inferior, mejora la incompetencia del esfínter, mientras que la gastrectomía en manga contribuye a la pérdida de peso al disminuir el volumen gástrico. Esta técnica combinada, al abordar tanto los problemas funcionales del esófago como el control del peso, ha mostrado buenos resultados en estudios recientes.

Sin embargo, es crucial señalar que la complejidad de esta intervención requiere ser llevada a cabo por cirujanos expertos. A pesar de los beneficios reportados, existen riesgos asociados, como la posibilidad de disfunción de la funduplicatura, estenosis gástrica o reflujo persistente. Además, la selección adecuada de pacientes es esencial para obtener los mejores resultados, ya que no todos los casos de obesidad o reflujo se beneficiarán igualmente de la técnica.

El seguimiento a largo plazo es clave para evaluar la durabilidad de los efectos, especialmente en términos de control del peso y la mejoría de los síntomas de reflujo. En conclusión, el Nissen-sleeve se presenta como una opción quirúrgica prometedora, pero debe ser considerada con criterios rigurosos y dentro de un contexto multidisciplinario para maximizar sus resultados.

V-30

SADI-S TOTALMENTE ROBÓTICO: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

Sergio Ortiz Sebastián, María Marco Gómez, Cristina Davó Pérez, Celia García Vega, Silvia Carbonell Morote, José Luis Estrada Caballero, José Manuel Ramia Ángel.

Hospital General Universitario Alicante Dr. Balmis, Alicante, España.

Introducción: El SADI-S (Single-anastomosis duodeno-ileal bypass with sleeve gastrectomy) es una técnica en cirugía bariátrica cuyo mecanismo de acción es mixto con predominio de componente hipoabsortivo. Fue descrita por primera vez en 2007 por Sánchez-Pernaute, mediante abordaje laparoscópico y es una simplificación de la derivación biliopancreática con cruce duodenal que reemplaza la reconstrucción en Y-de-Roux por una anastomosis duodeno-ileal. La técnica consiste en una gastrectomía vertical, exclusión duodeno-yeyunal, una anastomosis duodeno-ileal con preservación del píloro y un asa común-alimentaria total inicialmente descrita en 200 cm, estandarizada actualmente en 300 cm para reducir el riesgo de déficits nutricionales.

El abordaje robótico se definió en 2020 y desde entonces está en auge dadas las ventajas inherentes al mismo, tanto para el cirujano a nivel técnico en términos de ergonomía y precisión, como para el paciente por las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

El objetivo de este vídeo es presentar la técnica quirúrgica bariátrica SADI-S completamente robótico, realizada en nuestro centro mediante la plataforma robótica DaVinci Xi®. La principal indicación son pacientes con IMC > 50 kg/m² y con síndrome metabólico.

Método:

Se presenta el caso de una paciente intervenida en nuestro centro con descripción de la técnica quirúrgica.

Resultado:

Se trata de una paciente mujer de 54 años, que presenta obesidad grado III (IMC 51 kg/m²) con síndrome metabólico. El resumen de los pasos quirúrgicos es: posicionamiento, colocación de trócares robóticos, docking y targeting, inspección cavidad abdominal, localización de la válvula ileocecal, medición (300 cm) y ascenso del asa ileal sin tensión, gastrectomía vertical, disección de la primera porción duodenal hasta lograr identificación de arteria gastroduodenal, valoración o no de sección de arteria gástrica derecha, anastomosis duodeno-ileal manual, comprobación de estanqueidad con azul de metileno y de vascularización con verde de indocianina. El tiempo quirúrgico total fue de 195 minutos, sin incidencias intraoperatorias ni complicaciones en el postoperatorio, siendo dada de alta al tercer día. Al cabo de 20 días tras la intervención, la paciente había perdido 8kg preservando la tolerancia oral adecuada.

Durante la narración del video se exponen sucesivamente los pasos de la técnica quirúrgica descrita.

Conclusión: Con este vídeo se explican los pasos a seguir en el SADI-s completamente robótico en nuestro centro, presentando trucos y variantes de la técnica que consideramos de interés y utilidad para otros cirujanos bariátricos noveles con esta técnica y abordaje mínimamente invasivo.

V-31

R-SADIS CON PRESERVACIÓN DE ARTERIA GASTROEPIPLOICA

Montse Adell Trapé, Noelia Pérez Romero, Ariadna Cidoncha Secilla, Christian Herrero Vicente, Alexis Luna Aufroy.

Corporació Sanitari Parc Tauli, Sabadell, España.

Se presenta el caso de una paciente mujer de 28 años con obesidad mórbida (IMC 55) asociado a hipotiroidismo y diabetes mellitus. Tras presentar el caso en Comité de Obesidad Mórbida de nuestro centro, se propone para SADI-S el cual se lleva a cabo mediante la plataforma robótica Da Vinci XI.

Este vídeo tiene como objetivo mostrar el paso a paso y los detalles técnicos de un procedimiento tipo SADI-S robótico. Concretamente, el vídeo se focaliza en la disección de la primera porción duodenal, dónde se ofrecen dos alternativas de disección, una de ellas con preservación de la arteria gastroepiploica. El vídeo pone en relevancia las ventajas que aporta la plataforma robótica en la realización de este procedimiento y, de forma más específica, en la disección duodenal y la preservación de dicha arteria.

Se inicia la intervención con la colocación de trócar: 2 trócares robóticos de 8mm, 2 trócares robóticos de 12mm y dos trócares accesorios (8mm y 5mm).

Se localiza la válvula ileocecal y se realiza el contaje de asas intestinales a 300cm desde la válvula. Se realiza un punto de referencia entre epiplón mayor y el punto final de contaje de las asas.

Se procede a realizar la gastrectomía vertical con acceso a la transcavidad, siguiendo con la disección de cara posterior gástrica. Se realiza la sección de la arcada gastroepiploica y vasos cortos, disección del ángulo de Hiss por la cara posterior gástrica y se finaliza con la confección de la manga gástrica tutorizada con sonda Foucher 36 con endograpadora robótica (cargas azules y blancas).

Tras la localización del píloro, se realiza la disección de la primera porción duodenal. En este punto del vídeo, se observan las dos alternativas de disección, con preservación y sin preservación de la arteria gastroepiploica (izquierda y derecha de la pantalla respectivamente).

En ambos casos, se identifica y se preserva la arteria gástrica derecha. Una vez identificada, se sigue con la liberación y disección completa del duodeno por su cara posterior; distal a la arteria gastroduodenal.

Se abre un espacio por cara posterior duodenal y se realiza la sección duodenal a 3cm distal al píloro con endograpadora y, posteriormente, se procede a realizar la enterotomía y la anastomosis. En este punto del vídeo, también se ofrecen dos alternativas de grapado (carga azul o carga blanca). Se confecciona una anastomosis duodeno-ileal termino-lateral manual con dos suturas continuas de V-lok 3/0 en cara posterior y una sutura continua con V-lok 3/0 en cara anterior.

Comprobación de la vascularización de la anastomosis y del muñón duodenal con verde indocianina y comprobación de la estanqueidad de la anastomosis con aire y azul de metileno.

La paciente presenta un postoperatorio sin incidencias y es dada de alta al segundo día postoperatorio. El seguimiento a los meses muestra una correcta pérdida ponderal sin aparición de complicaciones.

V-32

CIRUGÍA BARIÁTRICA REVISIONAL POR ULCUS DE BOCA ANASTOMÓTICA. ALGORITMO DE TRATAMIENTO Y MANEJO LAPAROSCÓPICO

José Fernando Trebolle, Mónica Valero Sabater, Ana Isabel Pérez Zapata, Melody García Domínguez, Vanesa Zambrana Campos, Isabel Valero Lázaro, Alejandro García García, Juan Luis Blas Laína.

Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

Introducción: El abordaje terapéutico de la úlcera de boca anastomótica incluye una correcta evaluación diagnóstica, la adhesión a una serie de medidas higiénico-dietéticas, una intensificación de tratamiento médico, y la opción de tratamiento quirúrgico en caso de una mala evolución clínica y una sintomatología persistente.

Objetivo: Presentar el vídeo de una cirugía bariátrica revisional laparoscópica por un úlcus de boca anastomótica tras un by-pass gástrico, con resección y reanastomosis manual, y hacer una actualización en el algoritmo de tratamiento de esta patología.

Material y método: Caso clínico: mujer de 46 años intervenida por obesidad mórbida IMC 42 y esofagitis por reflujo grado B de Los Ángeles, realizando un by-pass gástrico laparoscópico, cursando el postoperatorio de forma favorable, siendo alta a las 72 horas sin incidencias. Asintomática a los 12 meses de la intervención, con pérdida ponderal de 40 kg y sin clínica de reflujo. A los 40 meses consulta por dolor abdominal e intolerancia digestiva. En la gastroscopia realizada (IMAGEN ENDOSCOPIA 1) se evidencia una úlcera fibrinada distal a la anastomosis. Se instaura tratamiento médico con intensificación de IBP y sucralfato asociado, sin evidenciar ninguna mejoría clínica. La gastroscopia de control (IMAGEN ENDOSCOPIA 2) muestra una anastomosis quirúrgica completamente ulcerada. Se propone tratamiento quirúrgico.

Resultados: Caso clínico: se realiza laparoscopia exploradora (VÍDEO CIRUGÍA), con adhesiolisis de síndrome adherencial en compartimento supramesólico, evidenciando bypass gástrico con proceso inflamatorio a nivel de la anastomosis gastroyeyunal, y estómago excluido íntimamente adherido. Se realiza una resección anastomótica dejando un minireservorio gástrico, y una reanastomosis manual calibrada con sonda de Foucher con sutura barbada (4 continuas), comprobando al finalizar la vascularización (verde de indocianina) y la permeabilidad y estanqueidad (azul de metileno). Se planteará una actualización del algoritmo de tratamiento médico, y las opciones de tratamiento quirúrgico ante un posible fracaso del mismo.

Conclusiones: Ante una úlcera de boca anastomótica refractaria a tratamiento médico intensificado, y con mucha sintomatología clínica, se debe plantear la resección anastomótica y el planteamiento de una reanastomosis sobre un minireservorio gástrico, que puede ser mecánica como en la cirugía primaria, o manual para evitar en lo posible la inclusión de material quirúrgico susceptible de ser rechazado.

V-33

BYPASS GÁSTRICO ROBÓTICO: RECOMENDACIONES TÉCNICAS CON EL SISTEMA HUGO™ RAS

María Del Carmen Martínez Bagant, Raúl Cánovas Delucas, Inmaculada Torrijo Gómez, Christian Esteo Verdú, Carla Leal Ferrandis, Jorge Febre Sánchez.

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.

Introducción: El bypass gástrico laparoscópico es el *gold standard* en las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad. Con el desarrollo de las plataformas robóticas surge la necesidad de protocolizar los procedimientos para obtener resultados quirúrgicos comparables, reducir problemas técnicos y garantizar la seguridad del paciente.

Objetivo: En este trabajo se pretende exponer los pasos clave para realizar un bypass gástrico robótico mediante la nueva plataforma HUGO™ RAS de Medtronic.

Material y métodos: Tras la realización de 50 procedimientos bariátricos (15 gastrectomias verticales y 35 bypasses gástricos) con el sistema HUGO™ RAS en el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, se presenta un video en el que se exponen los pasos clave para la realización de un bypass gástrico robótico: una vez colocados los trócares robóticos, pero antes del *docking* de los brazos del robot, se localiza por laparoscopia el asa biliar y se referencia al estómago excluido. Seguidamente, y ya tras el *docking*, se procede a realizar mediante la técnica robótica el reservorio gástrico, la anastomosis gastroyeyunal antecólica, y la Y de Roux.

Resultados: Este procedimiento se puede realizar de forma estandarizada, segura y reproducible siguiendo las indicaciones técnicas descritas en este video.

Conclusiones: El bypass gástrico robótico asistido mediante la plataforma HUGO™ RAS es un abordaje seguro y eficaz, favoreciendo una mayor precisión en los movimientos y mejorando la ergonomía para el cirujano.

V-34

FUNDUPLICATURA DE TOUPET E HIATORRAFIA POR ERGE Y ESÓFAGO DE BARRETT TRAS BYPASS GÁSTRICO

Débora Acín Gándara, Mar Vallés, Manuel Medina, María García Lucas, Elena Ruiz-Úcar, Fernando Pereira.

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada-Madrid, España.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con reflujo gastroesofágico (ERGE) severo, hernia de hiato y esófago de Barrett 10 años después de un bypass gástrico. Se realizó cirugía de revisión laparoscópica con reparación de la hernia hiatal y funduplicatura de Toupet con el remanente gástrico.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 48 años con bypass gástrico laparoscópico por obesidad grado III (IMC de 43,4 Kg/m²) intervenida 10 años antes, con buena respuesta ponderal, presentando en la actualidad IMC de 30,4 Kg/m². Sin embargo, presenta ERGE muy sintomática, a pesar del tratamiento con esomeprazol 40mg/12h.

Como pruebas complementarias se realiza:

- Gastroscoopia: esófago de Barrett COM2 y esofagitis por reflujo grado A.
- Tránsito esofagogástrico: signos de RGE y pequeña hernia hiatal.
- Manometría esofágica de alta resolución: compatible con la normalidad (clasificación de Chicago 3.0), con EEI discretamente hipotenso y UEG que sugiere hernia hiatal.
- Phmetría esofágica con tratamiento: 7.4% del tiempo total de registro con pH < 4, siendo el objetivo con tratamiento < 20%.

Se realiza laparoscopia exploradora objetivando adherencias firmes a distintos niveles (lóbulo hepático izquierdo, epiplón, reservorio y remanente gástrico) y hernia de hiato. Se procede a realizar adhesiolisis, disección hiatal hasta correcto descenso de la UEG, hiatorrafia con puntos sueltos y funduplicatura de Toupet mediante el remanente gástrico.

La paciente fue dada de alta el 2º día postoperatorio, asintomática y con buena tolerancia oral.

Resultados: El seguimiento a 2 meses ha sido satisfactorio, sin presentar RGE, aunque con saciedad precoz. Pendiente de realizar pruebas de control.

Conclusión: La funduplicatura de Toupet después del bypass gástrico es una técnica factible para aquellos pacientes que presenten ERGE severa, hernia hiatal o esófago de Barrett en el seguimiento de un bypass gástrico. No obstante, no debemos olvidar que la cirugía bariátrica de revisión presenta mayor complejidad y una morbimortalidad mayor que la cirugía primaria, por lo que es recomendable hacerla en Centros con experiencia.

V-35

PERFORACIÓN ESOFÁGICA POR BALÓN INTRAGÁSTRICO INGERIBLE: UN DESAFÍO PARA EL CIRUJANO DE GUARDIA

Celia Castillo Marcos, María Recarte Rico, María Alexandra Heras Garceau, Federico Del Castillo Díez, Pablo Priego Jiménez, Manuel Fernando Prieto La Noire, Ana Belén Suárez Enríquez, Constantino Fondevila Campo, Ramón Corripio Sánchez.

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Objetivos: La colocación de balones intragástricos ingeribles es un procedimiento empleado para el manejo de la obesidad consistente en la ingesta de una cápsula que libera un balón desinflado, el cual se infla dentro del estómago mediante un catéter mediante la instilación de suero.

Estos dispositivos a pesar de poder resultar atractivos por su aparente simplicidad pueden acarrear graves complicaciones como perforaciones gástricas, migraciones, obstrucciones intestinales e incluso en raras ocasiones, perforaciones esofágicas siendo estas una emergencia quirúrgica de alta mortalidad si no se maneja de manera adecuada.

Materiales y Métodos: Presentamos el caso clínico de un varón de 70 años con antecedentes de hipertensión, fibrilación auricular y obesidad. Es derivado a Urgencias desde un Centro Privado por la aparición de dolor torácico súbito durante la colocación de un balón intragástrico ingerible. A su llegada, es trasladado directamente al Box de REA. Se le realiza un TC con contraste oral que identifica un desgarro esofágico distal de 6 cm, asociado con neumotórax derecho y derrame pleural izquierdo. Ante dichos hallazgos se decide cirugía urgente.

Esta se realizó mediante un abordaje completamente laparoscópico, con acceso al mediastino a través del hiato esofágico. Durante la intervención, se contó con la ayuda del equipo de Digestivo que de manera intraoperatoria confirmaron la disrupción de la luz esofágica.

Se realizó una sutura primaria de la perforación, previa tutorización de la luz esofágica con una sonda Fouchet. Tras esto, se realizó una nueva endoscopia, confirmando el adecuado cierre de la perforación y la colocación de una endoprótesis.

Resultados: En el postoperatorio, el paciente desarrolló shock séptico secundario a mediastinitis, con un ingreso prolongado en Reanimación, y múltiples recambios de endoprótesis.

Tras un ingreso total de tres meses, el paciente fue dado de alta con resolución de las principales complicaciones y un EGD sin fugas. Posteriormente, ingresó para la retirada final de la prótesis.

En la última revisión, sin incidencias clínicas, se programó un seguimiento a los seis meses.

Conclusiones: La perforación esofágica tras procedimientos de colocación de balones intragástricos es una complicación rara pero grave, con alta morbimortalidad si no se diagnostica y trata de manera temprana.

En pacientes hemodinámicamente estables, la colocación de stents endoscópicos puede ser una opción, pero la mayoría de los casos requieren tratamiento quirúrgico con reparación primaria y drenaje.

La identificación precoz mediante TC con contraste es crucial para el manejo adecuado.

El abordaje laparoscópico, que permite el acceso al mediastino a través del hiato esofágico, ha demostrado ser eficaz, menos invasivo y con buenos resultados en casos seleccionados.

La reparación primaria con sutura de la lesión y la utilización de prótesis refuerzan el cierre y reducen el riesgo de fugas postoperatorias.

El seguimiento postoperatorio debe incluir evaluación endoscópica y radiológica para descartar complicaciones tardías.

Este caso destaca la importancia de mantener un alto nivel de sospecha clínica ante cualquier síntoma relacionado con perforaciones esofágicas, enfatizando la necesidad de un enfoque multidisciplinario para optimizar los resultados.

V-36

CIRUGIA REVISIONAL POR ASA CIEGA INTERPUESTA

Constanza Ballesta Ferrer, Raquel Saez, Kevin Ohuiginn.

Clinica Universitaria Dexeus. Quirúrgica Asociados, Barcelona, España.

RESUMEN TEXTUAL DEL VÍDEO:

CIRUGÍA REVISIONAL “por asa ciega interpuesta”

Presento el caso de una mujer 57 años que acude por reflujo severo, regurgitación y broncoaspiraciones nocturnas por vómitos incontrolados que la obligan a dormir sentada.

Como Antecedentes médico-quirúrgicos relevantes refiere:

1. Gastroplastia vertical anillada por vía abierta en 1994 con IMC 44 y 110 kg.
2. Abdominoplastia un año después tras la pérdida de 47 kg.
3. Tras reganancia ponderal hasta 90 kg y con IMC de 36,5 se le realiza una Gastroplastia vertical anillada + bypass gastroyeyunal en 1999.
4. La paciente pierde de nuevo 40 kg y requiere una Eventroplastia en 2007 por con interposición de malla

Tras dos embarazos y dejar de fumar regana 20 kg. Presenta un problema de alcoholismo por lo que está en seguimiento por una unidad especializada.

En la consulta lleva 1 año en tratamiento con antabús y es abstemia.

Tiene un IMC de 36 pero consulta por vómitos y regurgitaciones complicados de broncoaspiraciones. Se completa el estudio con:

Una gastroscopia: Se observan restos líquidos esofágicos, por posible dismotilidad. Una pequeña Hernia de Hiato y un reservorio gástrico tubularizado de unos 8cm de longitud. La anastomosis gastro-entérica es de 12mm.

Tránsito esófago-gástrico: En anexo del vídeo

TC abdomino-pélvico: Con campos postquirúrgicos en relación con gastroplastia y bypass gástrico, estómago remanente y un pequeño reservorio gástrico con aparente muñón proximal de asa alimentaria largo que se hernia a través del hiato esofágico del diafragma. El asa alimentaria distal presenta una disposición retromesocólica con anastomosis yeyuno-yeyunal laterolateral.

Tras las pruebas entendemos que existe una probable asa ciega larga que se interpone entre la línea de grapas de la gastroplastia y el estómago excluido y que se comporta como lo que conocemos el síndrome del asa ciega e incluso “candy cane” que en este caso podríamos considerarlo “invertido” Se toma la decisión colegial de realizar cirugía para reparar La Hernia de Hiato, reseca la asa ciega y retirar la banda de goretex con el objetivo de tratar el reflujo y las regurgitaciones. Se decide no alargar el asa alimentaria y no aumentar el componente malabsortivo.

En el vídeo se confirman los hallazgos preoperatorios. Se realiza una adhesiolisis mayor hasta individualizar el asa ciega que se reseca sin incidencias.

El tránsito postoperatorio es compatible con un Bypass gástrico tubulizado.

La paciente presenta desaparición completa e inmediata de los síntomas. Pérdida de 6 kg al mes de la cirugía y de 10 kg a los 9 meses con tratamiento médico.

Conclusiones: La cirugía revisional es cada vez más frecuente y representa un reto para el cirujano particularmente por la variabilidad de técnicas utilizadas en el pasado. De ahí la importancia de conocer las diferentes técnicas y de realizar buenos informes operatorios. El anillo facilita la descompensación del esófago. EL asa ciega larga interpuesta causa lo que conocemos cómo el síndrome del asa ciega. El número de laparotomías previas no es una limitación, la cirugía bariátrica y especialmente las reintervenciones tienen que manejarse por laparoscopia o robot.

V-37

CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN ROBÓTICA POR REGANANCIA Y HERNIA DE HIATO: REPARACIÓN HERNIÁRIA Y CONVERSIÓN DE SLEEVE A BYPASS

Raquel Queralt Martín, Homero Beltrán Herrera, Karina Maiocchi Segredo, Elena Aliaga Hilario, Andreu Martínez Hernández, Jose Manuel Laguna Sastre.

Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de la Plana, España.

Objetivos: Explicar la técnica quirúrgica de una cirugía bariátrica de revisión compleja realizada mediante técnica robótica y exponer las posibles complicaciones intraoperatorias así como su resolución.

Material y métodos: Paciente mujer de 38 años intervenida de cirugía bariátrica en 2018, realizándose un *sleeve* gástrico laparoscópico sin complicaciones, con pérdida de peso inicial y reganancia posterior (IMC actual de 41). Consulta en 2024 por presentar intolerancia alimentaria progresiva y síntomas de RGE, estando previamente asintomática. En las exploraciones complementarias realizadas se observa una hernia de hiato con dilatación diverticular de la porción superior del estómago, que se localiza en tórax.

La paciente se somete a una cirugía de revisión mediante técnica robótica con la plataforma DaVinci XI en nuestro centro hospitalario en noviembre de 2024.

Resultados: Mediante técnica robótica se realizó la reducción de la hernia de hiato con cierre de los pilares diafragmáticos mediante sutura continua barbada. Posteriormente, se realizó la conversión del *sleeve* a *bypass* gastroyeyunal con anastomosis mecánica gastroyeyunal y yeyunoyeyunal laterolaterales con SureForm 60 y cierre de los ojales con sutura barbada. Durante la comprobación de estanqueidad con azul de metileno se objetiva una fuga en la cara lateral izquierda-posterior de la anastomosis gastroyeyunal que se resuelve mediante sutura, sin fugas en la nueva comprobación. Evolución postoperatoria correcta con inicio de la tolerancia oral a las 6 horas tras la cirugía sin incidencias, procediendo al alta hospitalaria a las 48 horas de la intervención. Actualmente la paciente presenta una tolerancia adecuada sin síntomas de RGE y un IMC 34.

Conclusiones: La cirugía bariátrica de revisión realizada mediante plataforma robótica aporta una mayor precisión en la realización de la técnica, permitiendo llevar a cabo procedimientos complejos de forma segura. Además, facilita la detección de complicaciones intraoperatorias y su resolución durante la intervención.

V-38

DESNUTRICIÓN POST-BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX DISTAL: DESAFÍOS CLÍNICOS Y ESTRATEGIAS INTEGRALES PARA SU ABORDAJE

Viviana Vega Novillo¹, Blanca Otero Torrón², Clara Fernández Fernández², Silvia Fernández Noel², María Orellana León², Cristina Alegre², María Pilar Gómez Rodríguez², Elías Rodríguez Cuellar², Diego Hernández², Javier Martínez Caballero².

¹Hospital General Virgen de la Luz, Cuenca, España; ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Antecedentes: La malnutrición tras el bypass gástrico en Y de Roux distal (d-RYGB) constituye una complicación poco frecuente, pero de relevancia clínica, representando un desafío significativo en el manejo de pacientes sometidos a cirugía bariátrica. La deficiencia proteico-calórica se presenta en un rango del 7% al 21% de los casos tras el acortamiento del intestino común, precisando una reintervención quirúrgica en el 3% al 14% de estos pacientes. La determinación de la incidencia real se complica por la presentación tardía de dicha complicación y la elevada tasa de abandono del seguimiento postoperatorio durante el primer año.

Objetivos: Exponer el abordaje integral de la malnutrición post-d-RYGB, abarcando tanto estrategias médicas como la realización de cirugía de revisión.

Métodos: Se describe el caso clínico de una mujer de 48 años, con antecedentes de trastorno depresivo, quien fue sometida a un bypass gástrico en Y de Roux mediante abordaje laparoscópico en 2004. Luego de un periodo inicial de pérdida de peso satisfactoria, se hizo necesaria una reintervención en 2015 por recidiva de peso. Durante dicha cirugía, se procedió al acortamiento del intestino común hasta alcanzar 80 cm desde la válvula ileocecal, dejando un intestino alimentario (AL) de 150 cm, además de la reparación de una hernia abdominal empleando la técnica IPOM-plus. La paciente mantuvo un control adecuado de su peso (96 kg) hasta que abandonó el seguimiento en 2018.

En 2019, se evidenciaron alteraciones visuales (discromatopsia y nictalopía) secundarias a deficiencias de vitamina A y D, así como a una malnutrición proteica moderada. El servicio de Endocrinología instauró un régimen de suplementación oral de vitaminas, que fue interrumpido por la paciente, logrando una mejora progresiva de la nictalopía en 2021. Sin embargo, en 2024 se presentó un cuadro severo de malnutrición, caracterizado por hipoproteinemia, anemia ferropénica, hipofosfatemia y marcadas deficiencias de vitaminas A y E. La paciente fue hospitalizada para recibir nutrición parenteral y suplementación intramuscular de vitaminas, complementadas con la reintroducción de suplementación oral, permitiendo su alta asintomática.

A pesar de estas intervenciones y la adecuada adherencia farmacológica verificada, la paciente persistió con deficiencias nutricionales severas. En julio de 2024, fue reingresada y su caso fue evaluado por el Comité Multidisciplinario de Cirugía Bariátrica, recomendándose la realización de una cirugía de revisión.

Resultados: La intervención consistió en la conversión laparoscópica del d-RYGB a un RYGB estándar, mediante el alargamiento del intestino común a expensas del BPL. La reconstrucción final se configuró con 150 cm de intestino alimentario (AL) y 50 cm de BPL. A los 6 meses de seguimiento, la paciente presentó parámetros bioquímicos normales (niveles de pre-albumina, vitamina A y vitamina E), sin evidencia de diarrea ni edema en las extremidades inferiores.

V-39

INVAGINACIÓN EN PIE DE ASA EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE BYPASS GÁSTRICO

Pablo Vázquez Beltrán, Javier Martínez Caballero, Pilar Gómez Garcia, Cristina Alegre Torrado, Sofía Faro Puente, María Orellana León, Inés Marcos Cortés, André Guibert Patiño, Eduardo Ferrero Herrero, Elías Rodríguez Cuéllar.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Objetivos: Presentación del tratamiento quirúrgico en invaginación del pie de asa tras bypass gástrico.

Material y métodos: Desarrollo de caso clínico sobre una paciente con antecedentes de bypass gástrico en el 1999, que acude a urgencias en 2024 por síndrome emético importante asociado a fiebre en domicilio y estreñimiento de dos días de evolución. Previamente a este episodio, la paciente ya refería síntomas obstructivos recurrentes. La paciente es estudiada mediante TAC con hallazgos compatibles con invaginación del pie de asa con importante dilatación de la misma. Cabe destacar que el calibre de la anastomosis previa era de 45mm. Se decide ingreso y finalmente se interviene de forma programada para resección de invaginación en pie de asa y reconfección de ésta. Presentamos la descripción de la técnica quirúrgica y evolución postoperatoria. Recopilación de datos del caso desde el inicio del seguimiento hasta postoperatorio. Recolección de imágenes de cirugía y montaje de vídeo final.

Resultados: La paciente presenta un postoperatorio favorable, con alta a domicilio al quinto día postoperatorio. Se consigue adecuada reintroducción de dieta vía oral, así como ausencia de síndrome emético.

Conclusiones: La invaginación del pie de asa tras bypass gástrico es una complicación infrecuente con una incidencia aproximadamente del 0,6% de todos los procedimientos, siendo más frecuente en mujeres con pérdida ponderal importante. Mayoritariamente la invaginación es retrógrada, invaginándose el asa distal hacia la proximal. Si bien es cierto que su etiología es desconocida, se postula como una de las causas principales la presencia de cambios peristálticos anómalos, pudiendo llegar de forma simultánea a la anastomosis. Por otro lado, en este caso, la dilatación observada podría justificar en sí la causa de la invaginación. La reconfección del pie de asa se presenta como una solución eficaz y segura para esta complicación a día de hoy.

V-40

CONVERSIÓN DE GV (O ESO PENSÁBAMOS) A BPG FULL TOTALLY ROBOTIC

Jose Jacob Motos Micó, Carlos Ferrigni González, Alejandro García Muñoz-Najar, Tamara Diaz Vico, Camilo Jose Castellón Pavón, Teresa Perez Domene, Silvia Sanchez-Infante Carriches, Claudia Isabel Caraballo Angeli, Andres Ariel Pazos Mustelier, Manuel Durán Poveda.

Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Introducción: La cirugía de revisión bariátrica se realiza en un porcentaje pequeño porcentaje de pacientes, con una incidencia que ronda del 5 al 15% de los casos tras una cirugía bariátrica primaria. Las razones habituales para la revisión incluyen insuficiencia en la pérdida de peso, complicaciones como reflujo gastroesofágico, úlceras, obstrucción o estenosis y la aparición de efectos adversos no resueltos, como malabsorción o hipoglucemia postprandial. Respecto a la conversión de POSE a bypass gástrico, es un procedimiento poco común, pero puede ocurrir en pacientes que experimentan complicaciones o insatisfacción con los resultados a largo plazo. Presentamos el caso clínico de una conversión de POSE a bypass gástrico asistido por robot.

Caso clínico: Mujer de 46 años con antecedentes de SAOS con CPAP, acude a la unidad de obesidad de nuestro centro, con un peso de 128kg y un IMC de 48kg/m². La paciente refiere haber sido intervenida de gastrectomía vertical en otro centro años antes. La endoscopia digestiva alta preoperatoria muestra a nivel de curvatura mayor, en fundus y cuerpo gástrico varias suturas de POSE y la anatomía patológica informa de metaplasia intestinal difusa gástrica. La paciente es sometida a un bypass gástrico totalmente robótico en Y de Roux, con asa biliopancreática de 100cm y asa alimentaria de 150cm asociando además resección del remanente gástrico. Intraoperatoriamente, durante la confección del reservorio gástrico mediante endograpadora se objetiva la salida de numerosos hilos de sutura del POSE previo. Se realiza la anastomosis reservorio-yeyunal lineal mecánica con endograpadora y cierre de la brecha con sutura barbada absorbible 2/0. La anastomosis se efectúa sin incidencias y se comprueba la estanqueidad de reservorio y anastomosis con azul de metileno. La paciente es dada de alta al 2.º día tras la cirugía, sin incidencias postoperatorias.

Discusión: La cirugía de conversión es la que presenta mayores dificultades para el cirujano bariátrico y en el aspecto técnico es altamente demandante. El riesgo de complicaciones postoperatorias, como en toda reintervención, es más alto debido a la existencia de un campo quirúrgico hostil por las adherencias y la fibrosis generadas en la intervención previa. La conversión de otras técnicas como el POSE a bypass gástrico robótico implica mayores dificultades debido a la alteración de la anatomía gástrica, la presencia de adherencias, el riesgo de fugas anastomóticas y las complicaciones asociadas con el uso de la cirugía robótica en un área previamente modificada. Además, los riesgos adicionales de complicaciones postoperatorias y la necesidad de un seguimiento estrecho del paciente hacen que este tipo de cirugía sea desafiante. Sin embargo, con un enfoque adecuado y una experiencia quirúrgica avanzada, es posible realizar una conversión exitosa con buenos resultados a largo plazo.

V-41

MANEJO DE CASOS COMPLEJOS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX CON REPARACIÓN DE HERNIA DE HIATO

Andrea Norte García, Gian Mario D'ambrosio, Roger Homs Samsó, Eulàlia Ballester Vázquez, Elisabet Julià Verdaguer, Carlos Arturo Vera Vázquez, Irene Casado Farreras, Antonio Moral Duarte, Sonia Fernández-Ananín.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: La obesidad se reconoce como un factor de riesgo significativo para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y el desarrollo de hernias de hiato (HH), mostrando una correlación creciente entre el índice de masa corporal (IMC), y tanto la prevalencia y gravedad de estas condiciones. La presencia de una HH en pacientes sometidos a cirugía bariátrica no es despreciable, con una incidencia que puede llegar hasta el 20%, según diversos estudios. Este hallazgo intraoperatorio plantea dudas sobre la mejor estrategia para su reparación en el mismo acto quirúrgico. Sin embargo, la reparación simultánea de la HH durante la cirugía bariátrica ya sea en procedimientos primarios o de revisión, ha demostrado ser segura y con resultados similares a los de la cirugía bariátrica aislada.

El objetivo de este video es resaltar el uso de las técnicas mínimamente invasivas, como los abordajes laparoscópico y robótico, y subrayar la importancia de explorar y reparar las HH en el mismo procedimiento, tanto en cirugía primaria como en cirugía de revisión.

Métodos: Se presentan dos casos. **Caso 1:** Mujer de 48 años, con antecedentes de gastrectomía vertical (GV) por obesidad grado II en 2015, que acude a la consulta por reflujo gastroesofágico grave y desnutrición. La gastroscopia muestra una esofagitis grado A y una hernia de hiato con migración de la manga gástrica grado II (>1/3 del estómago herniado). **Caso 2:** Mujer de 67 años, con obesidad grado III (IMC 41 kg/m²), que acude a la consulta con síntomas diarios de reflujo gastroesofágico y una hernia de hiato tipo III visualizada en el tránsito esofagogastroduodenal.

En ambos casos, se propuso la reparación hiatal y la conversión a BPGYR mediante cirugía mínimamente invasiva.

Resultados: El procedimiento comienza con la disección hiatal, la reducción del saco herniario y el cierre de los pilares diafragmáticos (hiatoplastia), utilizando suturas barbadas no absorbibles. A continuación, se procede a la realización del BPGYR. En ambos casos, no se presentaron complicaciones postoperatorias. Las pacientes experimentaron una resolución completa de los síntomas de la ERGE, así como una mejoría significativa de sus comorbilidades asociadas y excelentes resultados ponderales.

Conclusiones: La ERGE y la HH constituyen un desafío significativo en el manejo quirúrgico de pacientes obesos. Aunque la funduplicatura ha demostrado índices altos de éxito en la población no obesa, su elevada tasa de fracaso en pacientes con obesidad sugiere reconsiderar su uso en este grupo. La exploración y cierre de pilares durante la realización de un BPGYR permiten abordar eficazmente la ERGE y sus complicaciones asociadas, con evidencia que respalda su seguridad y eficacia sin aumentar la morbilidad a corto plazo. Las técnicas mínimamente invasivas, como el abordaje laparoscópico y robótico, ofrecen una alternativa segura para el manejo de casos complejos, reduciendo la morbilidad y logrando excelentes resultados en la resolución de los síntomas y la calidad de vida del paciente.

V-42

REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA EN PACIENTE MULTIOPERADO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Ana Briones Batista, Ainitze Ibarzábal, Víctor Turrado-Rodríguez, Javier Osorio, Maria Magdalena Llompert, Noelia Puértolas, Dulce Momblán, Víctor Holguín, Christian Robles.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Objetivos: Las hernias de hiato se clasifican en hernia por deslizamiento (tipo I), paraesofágica (tipo II), mixtas (tipo III) y hernias complejas, que contienen una o más vísceras abdominales (tipo IV).

Se pueden complicar con herniación de órganos intraabdominales pudiendo causar incarceration, perforación o estrangulación de estos, así como compresión de los órganos torácicos. En pacientes postoperados de cirugía bariátrica, existe un riesgo de herniación que pueda contener las anastomosis. Los pacientes con hernia de hiato tras cirugía bariátrica pueden presentar síntomas como distensión, dolor abdominal, regurgitación e intolerancia alimentaria, que se pueden atribuir erróneamente a conductas alimentarias.

Presentamos el caso de un paciente postoperado de cirugía bariátrica con múltiples complicaciones, y reintervenciones que originaron una peritonitis plástica y una hernia de hiato tipo IV con contenido intestinal y colónico, que se corrigió mediante cirugía laparoscópica.

Material y métodos: Paciente varón de 56 años, que fue intervenido de gastrectomía vertical anillada en 1987. En el año 2000 se realizó un switch duodenal por pérdida insuficiente, apendicectomía y colecistectomía por vía abierta. Presentó fuga de la anastomosis esófago-yeyunal tratada con endoprótesis y duodenostomía de alimentación, y requirió de múltiples reintervenciones para drenaje de colecciones. Posteriormente presentó una inclusión de la prótesis en el esófago, por lo que se realizó gastrectomía total, esofagectomía parcial, anastomosis esófago-yeyunal tipo Tanner y reparación de dos hernias ventrales.

Fue reintervenido en 2013 por un síndrome de Dumping y diarreas de difícil control realizando reconstrucción del pie de asa y resección de asa yeyunal tipo Tanner. Posteriormente, presentó una eventración abdominal que fue reparada con malla en 2014.

Durante el seguimiento del paciente, presenta clínica de pirosis y tos por reflujo que le despierta por las noches, epigastralgia y distensión abdominal asociado a estreñimiento. En los exámenes complementarios realizados, que incluían tránsito esófago-gastro-duodenal y gastroscopia, se objetivó hernia de hiato que contenía la anastomosis esófago-yeyunal y un segmento largo del asa alimentaria. El en TC se objetivó la presencia del colon transversal en la hernia de hiato que condicionaba una dilatación del segmento aferente sin signos de sufrimiento intestinal.

Resultados: Se decidió realizar laparoscopia exploradora en la cual se objetivaron múltiples adherencias sugestivas de peritonitis plástica. Se continuó la intervención por vía laparoscópica, realizando adhesiolisis y disección cuidadosa de las asas intestinales, logrando exponer correctamente el hiato. Se continuó con la reducción de la hernia que contenía un segmento del asa alimentaria y parte del colon. Se identificó la anastomosis esófago-yeyunal y el "candy cane" que se encontraban en el mediastino. Se aproximaron los pilares diafragmáticos posteriores con puntos simples y se colocó una malla para cubrir el defecto anterior.

El tiempo quirúrgico fue 380 minutos. El paciente cursó un postoperatorio sin incidencias y fue dado de alta en el cuarto día postoperatorio.

Conclusiones: Las complicaciones y reintervenciones secundarias a la cirugía bariátrica pueden alterar la anatomía normal produciendo hernias de hiato de difícil manejo. La cirugía mínimamente invasiva y el conocimiento de cirugía esofagogástrica pueden aportar beneficios para el paciente y debe realizarse por equipos especializados.

V-43

GASTRECTOMÍA VERTICAL CON BIPARTICIÓN INTESTINAL - EN OCASIONES, LA SOLUCIÓN IDEAL

Tamara Díaz Vico, Alejandro García Muñoz-Nájar, Carlos Ferrigni González, Jacob Motos Micó, María Teresa Pérez Domene, Silvia Sánchez Infante-Carriches, Claudia Isabel Caraballo Angeli, Camilo José Castellón Pavón, Manuel Durán Poveda.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Introducción: La gastrectomía vertical con bipartición intestinal (GV-BI), descrita por Santoro, es una técnica que presenta similitudes con el cruce duodenal, pero sin excluir completamente el duodeno.

Este enfoque permite minimizar los efectos secundarios y la malnutrición proteica, en comparación con la derivación biliopancreática con cruce duodenal o el bypass gástrico en Y de Roux (BGYR), y facilita el manejo endoscópico de la ictericia obstructiva.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 51 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y cardiopatía isquémica crónica, evidenciando enfermedad coronaria severa en dos vasos principales no revascularizables.

Además, el paciente tuvo dos episodios de cetoacidosis grave en el contexto de una diabetes mellitus (DM) de componente pancreatopriva por omisión de tratamiento, así como hipertrigliceridemia severa familiar, que se tradujo en tres episodios de pancreatitis aguda.

Tras completar el protocolo de cirugía bariátrica por obesidad grado 2, con un índice de masa corporal (IMC) máximo de 39,41 kg/m², se indicó inicialmente un BGYR. Los estudios preoperatorios incluyeron, entre otros, una gastroscopia, con hallazgos de gastritis crónica córporo-antral, sin alteraciones relevantes en las muestras anatomopatológicas remitidas.

Durante la intervención, se encontró inviable el acceso a la transcavidad de los epiplones debido a una firme adherencia entre la pared posterior gástrica y el páncreas, por lo que se decidió no continuar con el procedimiento, y realizar estudios complementarios que justificasen estos hallazgos. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC), evidenciándose atrofia de cola de páncreas, así como parénquima de cuerpo y cabeza pancreáticos con tractos fibrosos, y una ecoendoscopia con toma de biopsia gástrica, sin hallazgos sugestivos de malignidad. En consecuencia, el paciente fue intervenido quirúrgicamente, optándose en este caso por realizar una GV-BI laparoscópica. El procedimiento consistió en una gastrectomía vertical a 8 cm del píloro, utilizando una sonda de 37,5 Fr en la curvatura menor; posteriormente, se creó un asa común de íleon a 300 cm de la válvula ileocecal y se realizó el pie de asa en Y de Roux a

50 cm de la anastomosis gastro-ileal. El paciente presentó una evolución postoperatoria favorable, siendo dado de alta a las 36 horas.

Discusión: La GV-BI es un procedimiento factible y seguro en manos de equipos experimentados, y representa una alternativa eficaz en el abordaje bariátrico, especialmente en cirugías revisionales o cuando resulta inviable realizar procedimientos primarios como el BGYR.

Aunque se trata de una técnica relativamente novedosa, la GV-BI ha demostrado potencial para mejorar los resultados de la GV aislada, en términos de remisión de la DM y reducción del reflujo gastroesofágico. Sin embargo, es imprescindible contar con un seguimiento a largo plazo y con estudios que incluyan un mayor número de casos para consolidar estos hallazgos.

V-44

PERFORACION PRECOZ EN BYPASS GÁSTRICO Y DE ROUX: LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPEUTICA

Jose Jacob Motos Micó, Carlos Ferrigni González, Alejandro García Muñoz-Najar, Camilo Jose Castellón Pavón, Tamara Díaz Vico, Teresa Perez Domene, Silvia Sanchez-Infante Carriches, Claudia Isabel Caraballo Angeli, Andres Ariel Pazos Mustelier, Manuel Duran Poveda.

Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Introducción: La incidencia de perforaciones postoperatorias tras bypass gástrico ronda de 0.2% a 2% de los pacientes operados. Asocia un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad si no se maneja adecuadamente. El diagnóstico se realiza comúnmente a través de síntomas clínicos (dolor abdominal intenso, fiebre, distensión abdominal y signos de sepsis). La tomografía computarizada (TC) con contraste, es la prueba más sensible y específica para su diagnóstico, permite la localización de la perforación y la presencia de líquido libre o abscesos. El manejo quirúrgico de la perforación incluye la identificación del sitio de la lesión, la reparación y el cierre adecuado de las estructuras afectadas si es posible. Presentamos el caso de un paciente con una perforación precoz intervenido de bypass Y de Roux.

Caso clínico: Varón de 53 años con antecedentes de dislipemia, SAOS obstructivo con CPAP, diabetes mellitus tipo 2, esteatosis hepática, cardiopatía isquémica y con IMC 41,17. Es intervenido de bypass gástrico laparoscópico asa biliopancreática 120 y asa alimentaria 150, sin incidencias. Presenta taquicardia en 1º día postoperatorio, pero se encuentra asintomático, sin dolor abdominal y con analítica sanguínea 14000 leucocitos, PCR 2, Hb14. Presenta además melenas y deposiciones con rectorragia. Se realiza TC abdominal urgente que no objetiva datos de complicación ni sangrado activo. En 2º día postoperatorio presenta deposición melénica nuevamente. En 3º día postoperatorio, presenta empeoramiento clínico y analítico, por lo que se decide solicitar TC abdominal urgente con contraste oral e iv que informa de pequeña colección periaanastomótica, por lo que se decide laparoscopia exploradora urgente objetivando perforación en extremo superior de anastomosis en cara izquierda (neo curvatura mayor). Se realiza rafia del defecto de 2 mm con stratafix 3/0 además de parche de epiplon, se comprueba estanqueidad y lavado más drenaje. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta el 6º día PO.

Conclusión: La reparación de perforaciones post-bypass gástrico sigue siendo un desafío técnico, ya que involucra la manipulación de estructuras modificadas por la cirugía bariátrica previa. La reparación laparoscópica de una perforación post-bypass gástrico se realiza en función de la localización y la gravedad de la perforación. La cirugía laparoscópica es la opción preferida debido a sus múltiples ventajas sobre la cirugía abierta, como menores tasas de complicaciones, recuperación más rápida, y menores costes hospitalarios. Sin embargo, el éxito de la reparación depende de la detección temprana de la perforación, la correcta elección de la técnica quirúrgica y el manejo adecuado de las infecciones postoperatorias. Un manejo integral que incluya el tratamiento antibiótico y el seguimiento estrecho del paciente son cruciales para prevenir complicaciones graves.

V-45

HERNIA DE HIATO TRAS BYPASS GÁSTRICO. CIRUGÍA REVISIONAL FULL TOTALLY ROBOTIC

Maria Teresa Pérez Domene¹, Carlos Ferrigni Gonzalez¹, Alejandro García Muñoz Najar¹, Camilo Jose Castellon Pavon¹, Silvia Sanchez Infante Carriches¹, Claudia Isabel Caraballo Angeli¹, Tamara Diaz Vico², Luis Estela De Miguel¹, Jacob Motos Mico¹, Manuel Duran Poveda¹.

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España; ²Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Mostoles, España.

Introducción: La cirugía bariátrica (CB) se ha consolidado como uno de los tratamientos más efectivos contra la obesidad. Sin embargo, el aumento en la frecuencia de estos procedimientos ha llevado a un incremento de resultados insatisfactorios en ciertos casos, requiriendo la realización de cirugías de revisión (CR) para corregir complicaciones o mejorar los resultados iniciales.

Las principales causas que motivan una CR incluyen pérdida insuficiente de peso, reflujo gastroesofágico (RGE) y la intolerancia oral, entre otras. En este contexto, la incorporación de la plataforma robótica ha supuesto una ventaja significativa en el manejo quirúrgico de las CR, debido a su capacidad para proporcionar visión tridimensional, maniobras más precisas y firmes en todos los ejes, además de reducir temblores y movimientos involuntarios.

Presentamos el caso clínico de una CR en una paciente con intolerancia oral secundaria a un bypass gástrico en Y de Roux (BGR).

Caso clínico: Mujer de 59 años con antecedentes de herniorrafia y BGR realizado hace un año, con un índice de masa corporal (IMC) inicial de 39 kg/m². La paciente presentó intolerancia oral persistente, lo que motivó una evaluación exhaustiva con pruebas complementarias.

Se realizaron un tránsito gastroduodenal y una gastroscopia, ambos estudios confirmaron la presencia de una pequeña hernia de hiato y una estenosis a nivel del hiato esofágico. Tras la discusión del caso en el Comité Multidisciplinar, se decidió realizar una CR para corregir las alteraciones detectadas.

Bajo anestesia general, se inició la cirugía con la disección de ambos pilares diafragmáticos, con el objetivo de reducir la hernia hiatal y liberar los puntos de sutura de la herniorrafia previa. Posteriormente, se procedió al cierre del defecto hiatal utilizando una sonda de calibración para garantizar un paso adecuado a través del hiato. Para confirmar la correcta resolución de la estenosis y la funcionalidad del tracto digestivo superior, se realizó una gastroscopia intraoperatoria, la cual mostró resultados satisfactorios.

Tras la intervención, se introduce tolerancia sin incidencias, por lo que se procede al alta a las 24 horas postquirúrgicas.

Discusión: La CR es una herramienta efectiva para resolver resultados insatisfactorios de la CB como pérdida insuficiente de peso, la ganancia ponderal, el RGE o la intolerancia oral, como en nuestro caso. Se considera un reto en quirúrgico comparación con la CB primaria debido a la presencia de adherencias y distorsión de la anatomía, lo que aumenta la morbilidad.

El uso de la plataforma robótica representa un avance en este tipo de procedimientos, especialmente en casos complejos que requieren precisión y manejo delicado de estructuras anatómicas. La experiencia inicial con esta tecnología en CR ha mostrado resultados prometedores, minimizando el riesgo de complicaciones y mejorando la recuperación postoperatoria.

Conclusión: La CR robótica constituye una opción segura y efectiva para el manejo de complicaciones posteriores a una CB. En este caso, la corrección de la hernia hiatal y la estenosis esofágica permitió resolver la intolerancia oral, favoreciendo una recuperación rápida y satisfactoria.

V-46

CONVERSIÓN ROBÓTICA DE BYPASS GÁSTRICO DE UNA SOLA ANASTOMOSIS A BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX PARA EL TRATAMIENTO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y BILIAR

Laia Sala Vilaplana, Eulàlia Ballester Vázquez, Elisabet Julià Verdaguer, Carlos Arturo Vera Vasquez, Irene Casado Ferreras, Antonio Moral Duarte, Sonia Fernández Ananin.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Objetivos: El bypass gástrico con una sola anastomosis (OAGB) es uno de los procedimientos más comunes en cirugía bariátrica, destacándose por su eficacia y seguridad en el tratamiento de la obesidad. No obstante, algunas complicaciones a largo plazo siguen siendo objetivo de debate, particularmente aquellas asociadas con el tamaño del reservorio gástrico y la longitud del asa biliopancreática. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran el reflujo biliar y ácido, así como las úlceras marginales refractarias, con tasas de conversión quirúrgica que oscilan entre el 0.9% y el 5.2%. En estos casos, la conversión más común es la transformación de OAGB a bypass gástrico en Y de Roux (RYGB), con o sin reducción del reservorio gástrico.

El objetivo principal de este video es presentar y sistematizar la cirugía de conversión robótica de OAGB a RYGB para el tratamiento del reflujo gastroesofágico y biliar.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 42 años que fue sometida a un OAGB en 2022 con un IMC inicial de 35 kg/m². Logró una pérdida de peso significativa, alcanzando un IMC de 21 kg/m², sin embargo desarrolló pirosis y regurgitación ácida y biliar. La evaluación endoscópica reveló una esofagitis grado A de Los Ángeles, reflujo biliar significativo y reflujo ácido patológico en posición supina durante la monitorización del pH, con una fuerte correlación con los síntomas y sin respuesta al tratamiento médico.

Resultados: Se llevó a cabo una cirugía de conversión de OAGB a RYGB mediante un enfoque completamente robótico. Tras la liberación de adherencias, se identificó la anastomosis gastro-yeyunal. El asa biliar (aferente) medía aproximadamente 2 m, mientras que el asa alimentaria (eferente) superaba los 3 m. Se observó dilatación del reservorio gástrico. Dada la sospecha de reflujo combinado ácido y bilioso, se optó por la conversión a RYGB con reducción simultánea del reservorio gástrico. Se reseco la anastomosis y se creó un reservorio gástrico de 3–4 cm para reducir la producción ácida. Posteriormente, se realizó una yeyuno-yeyunostomía para conectar las asas aferente y eferente. Finalmente, se construyó una nueva anastomosis gastroyeyunal, estableciendo un asa biliar de aproximadamente 80 cm y un asa alimentaria de 150 cm. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, y la paciente experimentó mejoría clínica.

Conclusiones: La conversión robótica de OAGB a RYGB es una opción eficaz para pacientes con reflujo gastroesofágico, tanto ácido como bilioso. Este enfoque presenta una tasa de complicaciones aceptable cuando se realiza en centros de alto volumen por cirujanos experimentados. La plataforma robótica constituye una herramienta valiosa que mejora la precisión técnica y la seguridad en la ejecución de la cirugía.

V-47

PROCEDIMIENTO SADI COMPLETAMENTE ROBÓTICO CON DA VINCI XI

Laia Sala Vilaplana, Eulàlia Ballester Vázquez, Elisabet Julià Verdaguer, Carlos Arturo Vera Vázquez, Irene Casado Ferreras, Antonio Moral Duarte, Sonia Fernández Ananin.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Objetivos: El desarrollo de plataformas robóticas ha mejorado significativamente las capacidades técnicas necesarias para realizar cirugía bariátrica, especialmente en pacientes con índice de masa corporal (IMC) elevado, en aquellos sometidos a procedimientos de revisión y en cirugías que involucran anastomosis complejas, como el bypass duodeno-ileal con una sola anastomosis (SADI). El primer paso de este procedimiento es medir el asa común, lo cual a veces se realiza por laparoscopia debido a los desafíos asociados al trabajar en un espacio multicuadrante o la necesidad de realizar dos *dockings* diferentes.

El objetivo de este vídeo es demostrar la colocación de trocares y las estrategias de *docking* para llevar a cabo un procedimiento completamente robótico, incluyendo el contaje de asas.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 59 años con un IMC inicial de 54 kg/m². Tras un sleeve gástrico realizado en 2020, su IMC descendió a 45 kg/m². Se propuso una cirugía de conversión, optando por un procedimiento SADI debido al IMC inicial y la diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución con complicaciones macroangiopáticas.

El procedimiento se realizó utilizando la plataforma robótica Da Vinci Xi. El paciente fue colocado en posición supina, con las piernas separadas. La anatomía objetivo se desplazó lateralmente hacia el hipocondrio derecho, designando el píloro como referencia quirúrgica para el *target* robótico, en lugar del hiato esofágico. Gracias a la tecnología multicuadrante, se pudo realizar la medición robótica del asa común, eliminando la necesidad de exploración laparoscópica previa en este paso.

Resultados: La cirugía se completó con éxito utilizando un enfoque completamente robótico. El tiempo total de la intervención fue de 150 minutos. Se midió un asa común de 300 cm y se realizó una anastomosis duodeno-ileal, término-lateral, suturando dos capas posteriores con sutura continúa barbada y una para la cara anterior. El paciente fue dado de alta a los 3 días sin complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: Las capacidades multicuadrante de la plataforma robótica Da Vinci Xi permiten realizar un procedimiento SADI completamente robótico al modificar el *target* durante la fase de acoplamiento previo a la cirugía. Este enfoque elimina la necesidad de exploración laparoscópica y optimiza el tiempo quirúrgico.

V-48

TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN REFRACTARIA TRAS UN MINI-BYPASS GÁSTRICO EN UNA PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO ROUX-EN-Y PREVIO

Qiaomiao Lin, Noelia Puértolas Rico, Lilian Maria Escobar Lezcano, Maria Luisa Galaviz Sosa, Joaquín Rodríguez Santiago, Maria Carmen Balagué Ponz.

Hospital Mutua, Terrassa, España.

Objetivos: La obesidad es una entidad cuya prevalencia crece exponencialmente en los últimos años. Como consecuencia, la cirugía bariátrica es cada vez más frecuente. Aunque trata una patología en principio benigna, no está exenta de complicaciones. Existen técnicas restrictivas, hipoabsortivas y mixtas. Frente a obesidad severa, las técnicas mixtas u hipoabsortivas son las de elección. Son más agresivas que las restrictivas, siendo una de las complicaciones a largo plazo la desnutrición, cuyo origen es multifactorial, pero sobretudo por la alteración de la absorción intestinal. En la mayoría de casos el manejo médico es suficiente, basándose en la suplementación de vitaminas y minerales, y dieta hiperproteica. En un pequeño porcentaje esto no es suficiente y hay que reintervenir para aumentar la absorción de nutrientes.

Frente a la desnutrición post-cirugía bariátrica es fundamental la optimización nutricional antes de plantear la reintervención. Con el presente caso queremos demostrar que es factible la reintervención para disminuir el componente hipoabsortivo.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 57 años con antecedente de dos cirugías bariátricas. La primera fue un bypass gástrico y 15 años más tarde, por pérdida insuficiente de peso, se reintervino deshaciendo el bypass gástrico y se realizó un minigastric bypass. Desde entonces ha tenido múltiples ingresos por desnutrición, el último a nuestro cargo, donde se realiza estudio nutricional inicial donde se observa hipoproteinemia con hipoalbuminemia severa, por lo que se inicia optimización nutricional de cara a plantear una reintervención.

Resultados: Se instaura nutrición parenteral hiperproteica complementada con dieta oral. Un mes más tarde muestra mejoría nutricional por lo que se interviene realizando alargamiento de asa común.

Se colocan 5 trócares (3x12mm y 2x5mm). Se revisa cavidad abdominal comprobando ausencia de adherencias y buena movilidad de epiplón y asas intestinales. Se inicia contaje de asa común desde válvula ileocecal a pouch gástrico resultando en 150cm.

Se continuo contaje hasta 150cm para alargar el asa común, consiguiendo una longitud total de unos 3 metros y se marca. Se prosigue contaje objetivando 415cm hasta el ángulo Treitz. Revisada la longitud de las asas, se vuelve al pouch gástrico, se realiza sección de la anastomosis gastroyeyunal y se confecciona nueva anastomosis gastroyeyunal latero-lateral mecánica. Cierre de ojal con sutura continúa barbada.

Durante el postoperatorio se va disminuyendo nutrición parenteral y en controles analíticos no muestra desnutrición. Es alta el tercer día postoperatorio.

Conclusiones: La desnutrición después de cirugía bariátrica es una complicación grave que hay que tener en cuenta sobretudo en técnicas mixtas e hipoabsortivas. Es fundamental la suplementación de vitaminas y minerales junto a una dieta hiperproteica. En algunos casos refractarios, es necesaria la reintervención para disminuir el componente hipoabsortivo. Previamente a esta hay que realizar buena optimización nutricional de la paciente.

V-49

EXTRACCIÓN DEL DISPOSITIVO B-CLAMP EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

María Orellana Leon, Pilar Gómez Rodríguez, Javier Martínez Caballero, Sofía Faro Puente, Inés Marcos Cortés, Manuel Ortiz Aguilar, Diego Hernández García-Gallardo, Cristina Alegre Torrado, Elias Rodríguez Cuellar, Eduardo Ferrero Herrero.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Objetivos: La cirugía bariátrica es actualmente el tratamiento de elección para la obesidad mórbida. Entre las técnicas más empleadas se encuentran la gastrectomía vertical y el bypass gástrico, ambas con resultados eficaces, pero con riesgos inherentes de complicaciones postoperatorias. En este contexto, han surgido dispositivos menos invasivos, como el B-Clamp, un clip que se coloca verticalmente a lo largo de la curvatura mayor del estómago, imitando el efecto restrictivo de la gastrectomía vertical, pero con la ventaja de ser reversible y potencialmente más seguro. Sin embargo, su uso no está exento de complicaciones, entre las que se incluyen el desplazamiento, la erosión y la obstrucción gástrica.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 37 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, coleditiasis y obesidad mórbida (IMC: 47,9 kg/m²), que acude a nuestro hospital para valoración tras la ausencia de pérdida de peso significativa cinco años después de la colocación de un dispositivo B-Clamp en su país. La paciente refiere una pérdida inicial de 5 kg, seguida de una recuperación progresiva del peso en los años posteriores.

Como parte del estudio se realizó un TAC abdominal, que evidenció la presencia del dispositivo a lo largo de la curvatura mayor gástrica sin signos de obstrucción ni complicaciones asociadas. Ante la indicación de cirugía bariátrica definitiva, se decidió la extracción laparoscópica del B-Clamp en un primer tiempo quirúrgico.

Resultados: El procedimiento se llevó a cabo mediante un abordaje laparoscópico. Durante la cirugía (documentada en el vídeo adjunto), se observó el dispositivo firmemente adherido al estómago, principalmente en la región del fundus gástrico, con fijaciones tanto en la cara anterior como en la posterior mediante puntos de sutura. Estos fueron seccionados de manera secuencial, logrando la extracción completa del dispositivo sin incidencias intraoperatorias. No se evidenciaron signos de erosión, perforación ni otras complicaciones locales. Dado el estado del tejido gástrico, se optó por diferir la cirugía bariátrica a un segundo tiempo quirúrgico.

Conclusiones: Los dispositivos restrictivos como el B-Clamp representan una alternativa menos invasiva a la cirugía bariátrica convencional, con un menor riesgo de complicaciones postoperatorias inmediatas. Sin embargo, su eficacia en la pérdida de peso es limitada en comparación con los procedimientos quirúrgicos estándar, y pueden generar complicaciones propias, como migración, erosión o cuadros obstructivos. A pesar de ello, su extracción laparoscópica es factible y segura, con una baja tasa de secuelas postoperatorias.

V-50

CIRUGIA DE REVISION: ESTENOSIS POR ULCERA DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL TRAS BYPASS GASTRICO

Claudia Caraballo Angeli, Carlos Ferrigni González, Alejandro García Muñoz-Najar, Camilo Castellón Pavón, Tamara Díaz Vico, Teresa Pérez Domene, Silvia Sánchez Infantes Carriches, Manuel Durán Poveda, Jacob Motos, Luis Estela.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Objetivos: El bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR) es una de las técnicas más utilizadas en cirugía bariátrica, con excelentes resultados en el control del peso y comorbilidades. Sin embargo, las complicaciones tardías pueden requerir cirugía de revisión, como el caso de la estenosis anastomótica secundaria a úlcera de anastomosis. Esta condición puede provocar disfagia, vómitos y desnutrición, afectando la calidad de vida del paciente. Presentamos un caso de estenosis severa de la anastomosis gastrointestinal manejado mediante cirugía de revisión laparoscópica

Materiales y Métodos: Paciente de 59 años con antecedente de BPGYR en 2021, al que se realiza una cirugía de revisión por intolerancia oral y disfagia

Objetivos: Presentar la técnica quirúrgica de cirugía de Revisión, en la que se reseca la anastomosis Gastroyeyunal y se confecciona una nueva anastomosis

Caso clínico: Hombre de 59 años con antecedente de BPGL en 2021 en nuestro centro. Presenta evolución favorable en cuanto a pérdida ponderal y comorbilidades posterior a su intervención. Deja de acudir a controles en la Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, y acude 1 año y 9 meses posterior a lo previsto por presentar pérdida ponderal de 20 Kg en 1 año asociado a disfagia e intolerancia oral intermitente.

Tras realización de estudios complementarios, se evidencia úlcera de anastomosis gastroyeyunal con biopsias negativas para malignidad. Posteriormente, recibe tratamiento con inhibidos de bomba de protones, con mejoría endoscópica; con persistencia sintomática

Tras valoración multidisciplinar se decide cirugía revisión por abordaje laparoscópico.

En decúbito supino se introduce trocar óptico supraumbilical y neumoperitoneo, colocación de resto de trocres según técnica habitual bajo visión directa.

Revisión de la cavidad intraabdominal. Se evidencia estenosis de anastomosis Gastroyeyunal (GY) con paso limitado de sonda de Fouchet de 36fr

Contaje de asas:

Asa Alimentaria (AA)150cm, Asa Biliopacreatica (ABP) 70cm, Asa Común (AC) mayor a 3,5m). No se evidencian alteraciones

Se realiza adhesiolisis de cirugía previa y se procede a resección de anastomosis Gastroyeyunal. Sección gástrica proximal con carga morada Signia. Sección yeyunal de porción proximal de AA con Signia dorada. Anastomosis gastroyeyunal con signa dorada calibrada 30mm. Cierre de defecto con stratafix 2/0. Comprobación de estanqueidad. Extracción de pieza por trocar de Hipocondrio izquierdo

Se finaliza el procedimiento tras retirada de trocres bajo visión directa.

El paciente presenta un postoperatorio favorable, tolerando adecuadamente la vía oral, siendo dada de alta al primer día postquirúrgico.

Discusión: La cirugía de revisión es un procedimiento quirúrgico destinado a identificar y corregir causas atribuibles a una evolución insatisfactoria derivadas de la cirugía bariátrica, en términos de pérdida de peso, de resolución de las comorbilidades o por la aparición de complicaciones

En nuestro paciente a pesar de identificar una causa estructural que posteriormente mejoró de forma endoscópica, persistía con sintomatología asociada, por lo que se tomó la decisión de cirugía revisional

Conclusiones: La cirugía revisional se considera una técnica segura en Unidades acreditadas de Cirugía Bariátrica y Metabólica, se emplea como una herramienta diagnóstica y terapéutica y

permanece siendo una indicación actual para los pacientes que lo ameriten.

V-51

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA FUGA DE GASTRECTOMÍA VERTICAL CON TUTORIZACIÓN CON TUBO DE KHER. UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO

Mónica Valero Sabater, José Fernando Treballe, Ana Isabel Pérez Zapata, Melody García Domínguez, Vanesa Zambrana Campos, Isabel Valero Lázaro, Alejandro García García, Juan Luis Blas Laína.

Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

Introducción: La fuga de la gastrectomía vertical laparoscópica es una complicación postoperatoria muy temida por los grupos de cirugía bariátrica, por su difícil manejo y su morbilidad para nada despreciable. Hoy en día los algoritmos de tratamiento incluyen diferentes posibilidades desde el drenaje quirúrgico, la endoprótesis cubierta, el drenaje pig-tail endoscópico, o incluso la gastrectomía total.

Objetivo: Presentar el vídeo de una alternativa de tratamiento quirúrgico a la fuga de la gastrectomía vertical, con tutorización del orificio fistuloso con tubo en T de Kher.

Material y método: Caso clínico: varón de 46 años intervenido por obesidad mórbida con IMC 40 realizando una gastrectomía vertical laparoscópica como técnica primaria. Postoperatorio inmediato favorable, siendo alta a las 48 horas. Reingreso al 7º día postoperatorio por síndrome febril y dolor abdominal. Se realiza TAC abdominal (VÍDEO TAC ABDOMINAL) que informa de fuga de la gastrectomía y absceso intraabdominal secundario.

Resultados: Caso clínico: se reinterviene quirúrgicamente (VÍDEO CIRUGÍA 1) para drenaje del absceso, y posterior colocación endoscópica de endoprótesis cubierta. La visión endoscópica (IMAGEN ENDOSCÓPICA) muestra un gran orificio fistuloso con detritus en la zona de fuga, que imposibilita técnicamente la realización del procedimiento por su tamaño. Como alternativa quirúrgica, se reinterviene de nuevo (VÍDEO CIRUGÍA 2) planteando una conversión de la gastrectomía vertical a by-pass gástrico, y canalizando el orificio fistuloso con tubo en T de Kher para tutorizar la fístula. La evolución es favorable, con resolución del proceso, retirando el drenaje a los 42 días del postoperatorio, encontrándose el paciente asintomático a los 30 meses. Se planteará un actualización del algoritmo de actuación ante una fuga de gastrectomía vertical, insistiendo en que el mejor tratamiento es la prevención con una correcta técnica primaria de la gastrectomía vertical (VÍDEO GASTRECTOMÍA VERTICAL), con una precisa disección del ángulo de His, una correcta colocación de la sonda de Foucher para evitar estenosis o giros, una buena técnica de grapado, y un planteamiento si es necesario de refuerzo de la línea de grapado con sutura o sellantes biológicos.

Conclusiones: La tutorización de la fuga tras una gastrectomía vertical con tubo en T de Kher previa conversión a by-pass gástrico se presenta como una alternativa segura y eficaz de tratamiento quirúrgico, pudiendo considerarse ante otras opciones como la endoprótesis o el drenaje endoscópico, ya sea de forma inicial, o tras fracaso de estas.

V-52

GASTRECTOMÍA VERTICAL EN Y DE ROUX CON BIPARTICIÓN INTESTINAL EN UN PACIENTE CON FUNDUPLICATURA DE NISSEN

Sara López-Cerrillos, Ruth López-Gonzalez, Helena Fernández-Mateo, Sergi Sanchez-Cordero, Rodrigo Hermoza, Jordi Pujol-Gebelli.

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, España.

Objetivos: Presentar la técnica quirúrgica de gastrectomía vertical con bipartición intestinal (GVBI) en un paciente con antecedente quirúrgico de funduplicatura tipo Nissen (FN).

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 52 años con antecedente de FN con buen control del reflujo gastroesofágico, con índice de masa corporal (IMC) máximo de 52,5 kg/m² y actual de 50 kg/m², que se propone para cirugía bariátrica (CB) tras estudio preoperatorio correcto. A pesar del antecedente de FN, se considera candidata a GVBI por IMC elevado.

Resultados: En primer lugar se realiza GV modificada respetando FN y posteriormente se realiza anastomosis gastro-ileal manual a 300 cm de válvula ileocecal y anastomosis ileo-ileal mecánica. Se realiza cierre de defectos sistemática y se comprueban las anastomosis con azul de metileno. La viabilidad de la FN fue confirmada mediante el uso de verde de indocianina. El tiempo quirúrgico total fue de 120 minutos. La paciente fue dada de alta el segundo día postoperatorio con adecuada tolerancia oral.

Conclusiones: La GVBI es una técnica de CB indicada principalmente en pacientes con un IMC >50 kg/m² o con diabetes mellitus (DM) mal controlada. Esta técnica se realiza sin necesidad de exclusión duodenal, lo que la hace técnicamente más sencilla. Sus beneficios se explican a través de la estimulación directa del íleon distal por el alimento, promoviendo la liberación de GLP-1 y favoreciendo la saciedad precoz.

Aunque la indicación quirúrgica de GVBI debe personalizarse según las características del paciente, es una técnica segura y eficaz que debe ser considerada incluso en pacientes con antecedentes de FN, ya que no existe contraindicación ni necesidad de reversión de la FN.

V-53

BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX CON RESECCIÓN DEL REMANENTE GÁSTRICO PARA EL MANEJO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD Y LA METAPLASIA INTESTINAL

Pablo Lopez Luza, Ramon Vilallonga, Ivet Goujon, Marta Colet, Carlos Petrola, Clara Panella, Andrea Ciudin, Alba Rojano, Itxarone Bilbao.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España.

Introducción: La metaplasia intestinal (MI) es una condición premaligna caracterizada por el reemplazo del epitelio gástrico normal por células de tipo intestinal, observada comúnmente en pacientes con gastritis crónica o infección por *Helicobacter pylori*. Se ha identificado como un factor de riesgo significativo para el cáncer gástrico y suele asociarse con los cambios a largo plazo en la mucosa gástrica. La cirugía bariátrica, incluidos procedimientos como la gastrectomía vertical y el bypass gástrico, ha ganado prominencia en el manejo de la obesidad, ofreciendo una pérdida de peso sustancial y mejoría en las comorbilidades. Sin embargo, el impacto de la cirugía bariátrica sobre la mucosa gástrica, especialmente en relación con el desarrollo o la progresión de la metaplasia intestinal, sigue siendo un área poco explorada.

Objetivo: El objetivo de este video es resaltar el papel de la metaplasia intestinal en el proceso de toma de decisiones para seleccionar la técnica quirúrgica adecuada, en este caso, bypass gástrico en Y de Roux con resección del remanente gástrico.

Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 38 años con obesidad grado III (IMC 42 kg/m²) y sin antecedentes médicos significativos. Como parte de la evaluación preoperatoria bariátrica, se realizó una fibrogastroscoopia rutinaria, que reveló mucosa eritematosa en el antro gástrico, sugestiva de gastritis no erosiva. Se obtuvieron biopsias que mostraron metaplasia intestinal tipo II sin displasia. El test para *H. pylori* fue negativo. Nuestro equipo multidisciplinario de cirugía bariátrica decidió proceder con bypass gástrico laparoscópico con resección del remanente gástrico.

Resultados: La paciente fue dada de alta 72 horas después de la cirugía sin complicaciones. Actualmente, está en seguimiento con una pérdida de peso satisfactoria. Los hallazgos de metaplasia fueron confirmados en la muestra quirúrgica, sin anomalías adicionales.

Conclusión: La resección del remanente gástrico puede representar una opción quirúrgica viable para pacientes con metaplasia intestinal que se someten a bypass gástrico. Este procedimiento elimina la necesidad de vigilancia a largo plazo de la metaplasia. La identificación preoperatoria de la metaplasia dentro de un protocolo estandarizado facilita la detección de hallazgos potenciales que puedan requerir modificaciones en el enfoque quirúrgico. Estos hallazgos deben ser evaluados y discutidos exhaustivamente en un entorno de equipo multidisciplinario.