

Comunicaciones Cirugía de Revisión SECO 2013

1.-¿QUÉ ESPERAMOS DE LAS REINTERVENCIONES EN CIRUGÍA BARIÁTRICA?

M.A. Blasco Blanco, N. Roca Rossellini, C. Barnadas Sole, M. Pons Busom, L. Batrace, J. Foncillas Corvinos.

Hospital Sagrat Cor, Barcelona

Objetivo

Valorar los resultados obtenidos en los pacientes que han sido sometidos a re-intervenciones. (RCV) (No incluimos las re-intervenciones inmediatas por complicaciones quirúrgicas)

Material y método

En los 1.392 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica se han re-intervenido a 85 pacientes que representan el 6,1% del total (71 mujeres y 14 hombres), media de edad 42 (rango 21- 60).

Se han revisado los tipos de cirugía bariátrica practicadas en la primera intervención, los motivos de las re-intervenciones y resultados obtenidos tras las segundas técnicas quirúrgicas

Resultados

Se han realizado 96 RCV: 72 pacientes con primeras cirugías restrictivas: (36 Gastroplastia vertical anillada, 29 Bandas Gástricas, y 7 Gastrectomías verticales), 13 pacientes con cirugías mixtas, ninguno con técnica inicial malabsortiva y 11 pacientes han sido re-intervenidos en dos o más ocasiones.

Los motivos de las RCV han sido por insuficiente pérdida o re-ganancia de peso, mala tolerancia digestiva (vómitos, RGE), pérdida excesiva de peso o causas mecánicas (estenosis anilla, deslizamiento banda, inclusión, etc.)

En las técnicas restrictivas, si la RCV se ha indicado por una pérdida de peso insuficiente PSP < al 38,6), el paso a una técnica mixta, consigue alcanzar un PSP > 54,7%; En el caso de las cirugías mixtas iniciales, si se reconvierten a malabsortivas el PSP solo aumenta del 57,2% (alcanzado con la primera técnica) a un 63,2%.

No se ha documentado mortalidad en esta serie

Conclusiones

En técnicas restrictivas iniciales, si las RCV son a técnicas mixtas, el PSP total aumenta en un 16%. En el caso del tubo gástrico, la RCV a cruce duodenal es la técnica de elección

En técnicas mixtas iniciales, las RCV a técnicas malabsortivas, **solo** consiguen un aumento total del 6% el PSP

Con las RCV realizadas por causas mecánicas, siempre se consigue mejora de la sintomatología.

2.- CIRUGÍA DE REVISIÓN BARIÁTRICA. NUESTRA EXPERIENCIA EN 12 AÑOS

L. Cristobal Poch ⁽¹⁾, E. Álvarez Peña ⁽¹⁾, R. Corripio ⁽¹⁾, M. Recarte Rico ⁽¹⁾, C. González Gómez ⁽¹⁾, F. Tone Villanueva ⁽¹⁾, A. Herrera Sampablo ⁽¹⁾, G. Vesperinas ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hospital Universitario La Paz, Madrid; ⁽²⁾ Clínica Ntra. Sra. de la Paz-Hermanos de San Juan de Dios, Madrid.

Objetivo

La cirugía bariátrica ha demostrado ser coste-efectiva, mejorando la evolución clínica de los pacientes obesos mórbidos, incluso consiguiendo la remisión de las comorbilidades asociadas a la obesidad, pudiendo reducir la mortalidad. Conforme aumenta el número de pacientes intervenidos de cirugía de la obesidad, aumenta también los pacientes que requieren cirugía de revisión en España: en un gran número de casos se realiza por un elevado IMC inicial, considerando una cirugía en dos etapas una cirugía más segura para el paciente; en otros casos por re-ganancia de peso u otras complicaciones. Esta cirugía de revisión se realiza únicamente en centros de referencia y en su conjunto presenta una elevada morbimortalidad. El objetivo de este estudio es revisar nuestra experiencia en cirugía de revisión bariátrica, con el fin de optimizar las indicaciones quirúrgicas en un primer tiempo.

Material y método

Revisamos todos los pacientes intervenidos de cirugía de revisión en toda la historia de cirugía bariátrica del Hospital La Paz. Incluimos todas las cirugías que se realizaron con el fin de solucionar complicaciones agudas, subagudas o crónicas que ocurrieron al menos 30 días después de la cirugía primaria, entre los años 2001 y 2012. Como evaluación preoperatoria, se estudió la técnica bariátrica realizada en el primer tiempo y se realizó en todos los pacientes un tránsito esofagogástrico como estudios complementarios.

Resultados

De un total de 424 pacientes intervenidos de cirugía de la obesidad, 37 pacientes requirieron cirugía de revisión bariátrica. Le media de edad fue de 47.85 años, 75% mujeres, el IMC medio fue de 46.2 (66-33),

el 62.16% presentaba comorbilidades, siendo la más frecuente la DM (21.6%), la HTA (21.6%) y el SAOS (18.9%). Respecto a las cirugías primarias, la más frecuente fue la gastrectomía vertical (15 pacientes), gastroplastia vertical anillada (11) derivación gástrica (8), técnica de Scopinaro (2) y técnica de Salmon (1). La causa de revisión fue re-ganancia de peso en 32 pacientes, dificultad de ingesta por estenosis en 3 casos, fístula gastro-gástrica y reflujo asociado a esfago de Barret, un caso respectivamente. Todos los pacientes se convirtieron a bypass gástrico y los que ya partían de esta cirugía, se realizó una disminución del reservorio en 3 pacientes y cambio de bypass proximal a distal en 5 casos. Un 59.4% de estas cirugías se realizaron por vía laparoscópica. No evidenciamos ningún fallecimiento. Actualmente, todos estos pacientes son seguidos en consulta, sin observar en ninguno de ellos nuevas complicaciones ni nuevas ganancias de peso.

Conclusión

Consideramos esencial el estudio individual de cada paciente intervenido de cirugía de revisión bariátrica, adecuando la elección de la técnica quirúrgica. La realización de esta cirugía, por su complejidad, debe ser realizada por grupos con experiencia.

3.- DERIVACIÓN DUODENO-ILEAL EN UNA ANASTOMOSIS (SADI) COMO SEGUNDO TIEMPO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL EN LA OBESIDAD SÚPER-MÓRBIDA

M. Conde, E. Arrue, E. Sánchez, M.Á. Rubio Herrera, L. Cabrerizo, A. Sánchez-Pernaute, A. Torres.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción

La obesidad súper-mórbida es un problema especialmente complejo de tratar, debido al mayor porcentaje de complicaciones postoperatorias, y su mayor severidad, y también a la dificultad de conseguir un resultado ponderal óptimo a largo plazo. Con el fin de disminuir las complicaciones postoperatorias se ha propuesto cirugía por estadios, comenzando por una gastrectomía vertical y en un segundo tiempo ofreciendo una cirugía derivativa, más sencilla y que incrementa la efectividad. Existe controversia sin embargo en la actualidad sobre cuál es la técnica más adecuada para realizar como segundo tiempo. En nuestra Unidad defendemos la realización de un derivación duodeno-ileal en una anastomosis a 250 cm de ciego.

Objetivo

Analizar el resultado ponderal de una cohorte de pacientes con obesidad súper-mórbida sometidos a gastrectomía vertical y posteriormente a bypass duodeno-ileal en una anastomosis (SADI).

Pacientes y método

Desde el año 2006 12 pacientes con obesidad súper-mórbida sometidos a gastrectomía vertical fueron reintervenidos realizándose un SADI a 250 cm de la válvula ileo-cecal. La edad media en el primer tiempo fue 38 años (25 - 62). Tres pacientes eran varones y 9 mujeres. El peso medio inicial fue 153 kg (122 - 216), y el IMC medio 59 kg/m² (50 - 71).

Seis pacientes tenían un IMC por encima de 60. Tras la gastrectomía los pacientes fueron seguidos ambulatoriamente cada 3 meses. Se consideró una pérdida insuficiente no alcanzar un porcentaje de pérdida de peso del 50% en 18 meses. A los pacientes con pérdida insuficiente, con re-ganancia, por debajo de 65 años, sin reflujo gastroesofágico patológico, estenosis del tubular, vómitos o enfermedades acompañantes (cirrosis, enfermedad inflamatoria intestinal...) se les ofreció la realización de SADI como segundo tiempo. El tiempo medio entre ambos procedimientos fue de 23 meses, el peso medio al segundo tiempo 120 kg (94 - 160) y el sobrepeso perdido medio el 38% (5.7 - 62).

Técnica. El SADI se realizó en decúbito supino, con las piernas cerradas y con el cirujano a la izquierda del enfermo. Se colocaron entre 3 y 4 trócares. Se realizó disección duodenal desde el final del tubular previo y sección sobre la arteria gastroduodenal, con anastomosis ante-cólica iso-peristáltica duodeno-ileal a 250 cm del Treitz.

Resultados

No se produjeron complicaciones intra o postoperatorias. El tiempo medio operatorio fue 114 minutos (45 - 160) y el tiempo medio de ingreso 5 días (3 - 7). El porcentaje de sobrepeso perdido medio fue del 62.5% a los 6 meses, 68.6% a los 12 meses, 73% a los 18, 72% a los 2 años. El IMC medio alcanzado a los 2 años fue de 35 (31 - 37). Todas las comorbilidades remitieron o mejoraron tras las dos intervenciones.

Conclusión

La DBP tipo SADI es un procedimiento adecuado como segundo tiempo en el tratamiento de la obesidad súper-mórbida.

4.-RESULTADOS DE DERIVACIÓN GÁSTRICA PRIMARIA FRENTE A SECUNDARIA TRAS BANDA GÁSTRICA

S.A. Gomez Abril, N. Peris Tomas, G. Garrigos Ortega, T. Torres Sanchez, M.P. Aleix, C. Morillas Ariño, R. Trullenque Juan, F. Blanes Masson.

Hospital Dr. Peset, Valencia

Objetivo

Comparar los resultados obtenidos en pacientes diagnosticados de obesidad mórbida e intervenidos mediante bypass gástrico laparoscópico como cirugía de revisión después de banda gástrica frente a los resultados del bypass primario.

Pacientes y método

Se ha realizado un estudio retrospectivo en 271 pacientes intervenidos por obesidad mórbida entre los años 2001-2012. Se ha dividido a los pacientes en dos grupos; en el grupo 1, pacientes intervenidos de derivación gástrico laparoscópico (DGL) como cirugía de revisión por fracaso de la banda gástrica (FBG). Este grupo comprende 30 pacientes, 22 mujeres y 8 hombres.

En el grupo 2 se estudian los pacientes intervenidos de DGL primaria Este grupo lo forman 241 pacientes; 190 mujeres y 51 hombres. El IMC inicial del grupo 1 fue 50,05 (38,10-62,50) y del grupo 2: 48,58 (36,79-67,75) (p=n.s.). Los grupos son homogéneos en cuanto a edad, sexo y comorbilidades.

Las variables analizadas han sido: A) Perioperatorias: tiempo quirúrgico, tasa de conversión, morbilidad intra-operatoria y postoperatoria y estancia. B) Resultados a largo plazo: %SPP. Para el análisis estadístico se ha utilizado el test de T de Student para variables cuantitativas y Ji cuadrado para las cualitativas.

Resultados

Los resultados obtenidos tras el análisis de las variables perioperatorias son: encontramos un mayor tiempo quirúrgico en el grupo 1 (229,3 minutos frente a 205,55; p=0.01). La tasa de conversión fue de un 10 % en el grupo 1 (DGL) frente al 2.1% del grupo 2 (p<0.05). La estancia del grupo 1 fue de 8.24 días frente a 6.38 del grupo 2 (p=0.09). Las dificultades intra-operatorias fueron superiores en el grupo 1 (17% vs 7%). La morbilidad postoperatoria en el grupo 1 fue del 23.3% frente al 10.7% del grupo 2 (p=0.04). La tasa de re-intervención fue de un 10% en el grupo 1 frente al 2.91% del grupo 2 (p=0.03)

Los resultados obtenidos a largo plazo en cuanto a PSP son (grupo 1(DGL) frente a grupo 2 (FBG): a un año 68.78% frente a 73.36% (p=0.33); a dos años 59.58%

frente a 73.84% (p=0.017); a tres años 50.13% frente a 69.43% (p=0.00); a cuatro años 47.56% frente a 68.08% (p=0.0.2) y a cinco años 46.72% frente a 66.25% (p=0.05)

Conclusión

La cirugía de revisión tras banda gástrica presenta mayores dificultades técnicas, mayor tasa de conversión, tiempo quirúrgico y morbilidad postoperatoria. En nuestra serie no hay diferencias en la estancia.

Sin embargo, en el análisis de resultados; el PSP tras 5 años de seguimiento es estadísticamente mayor en los pacientes intervenidos de derivación primaria. Podemos concluir que los resultados de la derivación secundaria son inferiores al primario, tanto en riesgo quirúrgico como en resultados a largo plazo.

5.-RECONVERSIÓN DE DERIVACIÓN A TUBO GÁSTRICO COMO TRATAMIENTO DE HIPOGLUCEMIAS SEVERAS Y PERSISTENTES.

J.A. García Arnés, I. Gonzalez Molero, M. Gonzalo Marín, J.L. Gallego.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

En los últimos años se están publicando buenos resultados de una técnica emergente para la cirugía bariátrica, el tubo gástrico o GVL, con PSP en torno al 50% tras 4 años y con pocas complicaciones. Así mismo, tras la realización del derivación gástrica en Y de Roux (DGYR) pueden surgir ciertas complicaciones que obliguen a la reconversión a alguna otra técnica: cuando el paciente desarrolla hiperfagia puede ser necesaria la colocación de una banda gástrica o un anillo, cuando desarrolla polifagia la reconversión a una técnica malabsortiva y en caso de cuadros de hipoglucemia severa tras la ingesta se puede plantear una técnica de GVL. Tras la realización de esta se produce de nuevo el paso a través del píloro y duodeno con diversos cambios en la secreción de péptidos gastrointestinales que aunque generan un aumento de la insulina secreción e insulina sensibilidad probablemente su efecto sea mucho más moderado sobre la homeostasis de la glucosa que los que se producen tras la realización del DGYR y que podrían contribuir a la desaparición de las hipoglucemias tras realizar la reconversión.

Presentamos el caso de una paciente con hipoglucemias persistentes tras la cirugía bariátrica debido al hiperinsulinismo generado por una hiperplasia de células de los islotes que fue tratada mediante la reconversión de DGYR en GVL.

Mujer de 45 años con obesidad mórbida (IMC: 48) sometida a cirugía bariátrica mediante técnica de DGYR. Aproximadamente un año tras la cirugía bariátrica y tras una pérdida ponderal satisfactoria (IMC: 25,9) comenzó a referir clínica compatible con hipoglucemias 2 ó 3 horas pos-prandial que no mejoraron con medidas dietéticas, acarbose o diazóxido. En analítica basal y tras SOG se comprobó hiperinsulinismo e hipoglucemia, con pruebas de imagen normal. En arteriografía mesentérica se comprobó hipersecreción en área esplénica y mesentérica superior. Se llevó a cabo una pancreatometomía de cuerpo y cola y esplenectomía. El resultado anatomopatológico confirmó la presencia de hiperplasia difusa de las células de los islotes compatible con nesidioblastosis. A los pocos meses recurrieron los cuadros de hipoglucemia por hiperinsulinismo.

Se plantea la posibilidad de re-intervención para desmontar la DGYR pero dado que el objetivo es que vuelva a pasar la alimentación a través del píloro y antes de indicar una nueva cirugía para desmontar la DGYR, se decidió colocar una gastrostomía y alimentar por esa vía y así comprobar si mejoraban las hipoglucemias al pasar los alimentos de nuevo por el píloro.

Se le practicó una gastrostomía permitiéndole tomar por boca únicamente alimentos proteicos y las hipoglucemias desaparecieron. A los pocos meses y cuando la paciente toleró un volumen suficiente, se practicó una reconversión de DGYR en una técnica de GVL. Ahora la paciente continua sin hipoglucemias y manteniendo el peso. Por lo tanto, frente a una medida tan agresiva como la pancreatometomía total que genera un síndrome de malabsorción crónica y una diabetes insulino-dependiente, se plantea una nueva posibilidad terapéutica para los casos severos de hipoglucemias persistentes y resistentes a tratamiento médico, mucho menos agresiva como es la reconversión de DGYR a tubo gástrico.

6.-CIRUGÍA DE REVISIÓN. RECONSTRUCCIÓN DE UN BY-PASS GÁSTRICO CON FÍSTULA GASTRO-GÁSTRICA

J. Abasolo Vega, J. Ortiz Lacorzana, I. Diez Del Val, C. Loureiro Gonzalez, J. Barrenechea Asua, S. Ruiz Carballo, J.J. Mendez Martin, A. Calderon Garcia, F. Goñi Goicoechea, M.C. Moreno Rengel.

Hospital Universitario Basurto

Introducción

La Fístula gastro-gástrica es una de las complicaciones menos frecuentes del By-pass gástrico siendo la reganancia de peso su manifestación clínica más habitual.

El método diagnóstico más sencillo y eficaz para su detección es el estudio baritado digestivo alto (esófago-

gastro-yeyunal en este caso), que se propone como una de las medidas imprescindibles a realizar tras cualquier tipo de cirugía bariátrica ineficaz.

Objetivo

Presentar el caso de la reconstrucción de un by-pass gástrico que evoluciona con una fistula gastro-gástrica.

Pacientes y método

- Mujer de 61 años.

- Junio 2009 : Intervención quirúrgica por obesidad mórbida (IMC=57'63) y colelitiasis, con by-pass gástrico (Asa alimentaria de 150 cm. y asa bilio-pancreática de 45 cm.) y colecistectomía por laparoscopia.

- Evolución postoperatoria del IMC :

1 mes = 50'27. 3 meses = 43'90. 6 meses = 40'04. 12 meses = 38'48. 24 meses = 40'16. 36 meses = 40'18.

- Septiembre de 2011: Tránsito esófago-gastro-yeyunal.

- Marzo y Mayo de 2012 : Gastroskopias con intentos de cierre del orificio fistuloso.

- Septiembre de 2012: Reconstrucción de By-pass gástrico.

Resultados

Evolución postoperatoria del IMC tras la Reconstrucción del By-pass gástrico:

1 mes = 36'63. 3 meses = 35'79.

7.-DERIVACIÓN GÁSTRICA: ALTERNATIVA EFICAZ PARA LA CIRUGÍA DE REVISIÓN DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL FALLIDA

P. Perez De Villarreal Amilburu, J. Abasolo Vega, I. Diez Del Val, J. Ortiz Lacorzana, S. Leturio Fernández, S. Ruiz Carballo, L. Hierro Olabarria, I. Bengoetxea Peña, J.E. Bilbao Axpe, J.J. Méndez Martín.

Hospital Universitario Basurto, Bilbao

Introducción

La obesidad es la enfermedad crónica multifactorial más frecuente en los países desarrollados y está asociada a importantes complicaciones físicas y psicológicas que contribuyen a empeorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir su esperanza de vida.

En un 95% de los casos es refractaria al tratamiento médico conservador, haciendo que la cirugía sea la única opción que facilite una pérdida de peso a largo plazo suficiente para disminuir estas comorbilidades. Durante la última década en España, las técnicas quirúrgicas más frecuentemente utilizadas han sido la gastrectomía tubular (GT) y el bypass gástrico (BGA).

Objetivo

Presentar el caso de una derivación gástrica (DG) como técnica de elección en la cirugía bariátrica de revisión de una GVL primaria ineficaz.

Caso clínico

Mujer de 39 años sin comorbilidad asociada es remitida por el endocrinólogo en el 2008 para valoración de cirugía bariátrica tras múltiples fracasos a tratamiento médico-dietéticos. Presenta un IMC de 50,4. Es intervenida realizándose una GVL sin incidencias. Presenta una buena evolución postoperatoria siendo dada de alta al 6º día. Posteriormente, acude periódicamente a consultas de seguimiento, presentando una pérdida de peso progresivo y una buena adaptación al tratamiento. Sin embargo, a partir del 2º año inicia con una ganancia ponderal por lo que se le pide un tránsito gastroduodenal observando un tubo gástrico más ancho de lo habitual, junto con una hernia hiatal. Durante su evolución, presenta también colelitiasis múltiple. Es re-intervenida al 3º año, realizando una DG proximal larga y colecistectomía laparoscópica.

Resultados

Hemos realizado en un periodo de 12 años (2000 - 2012) 377 cirugías bariátricas de las cuales 82 fueron GVL primarias (la primera en el año 2008). En un 7 % (6 casos) de las GT bien confeccionadas pero ineficaces (2 casos por estenosis y 4 casos por re-ganancia ponderal), se realizó una reconversión a BGA, obteniendo resultados satisfactorios.

Conclusiones

En la actualidad no hay ninguna técnica que se considere de elección, ya que cada una ofrece distintas posibilidades y resultados con diferentes valores de morbi-mortalidad. Pero el uso de técnicas quirúrgicas conocidas y habitualmente utilizadas por cada grupo de trabajo en sus cirugías bariátricas primarias, como alternativas de elección para sus cirugías de revisión, aportan indudables beneficios y ventajas para la consecución de los objetivos finales perseguidos.

No obstante, hay que tener en cuenta que el resultado quirúrgico adecuado no garantiza plenamente el pronóstico favorable a largo plazo, por lo que es imprescindible advertir a los pacientes la necesidad de mantener unos hábitos de vida saludables junto con una buena conducta alimentaria permanente tras la intervención quirúrgica.

8.-GASTROSTOMIA CON TUBO EN T PARA EL TRATAMIENTO DE DEHISCENCIA DE GASTROYEYUNOSTOMIA TRAS DERIVACIÓN GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA

I. Alarcón Del Agua, S. Morales Conde, M. Socas Macias, A. Barranco Moreno, H. Cadet, J. Padillo Ruiz.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción

Una de las complicaciones más temidas la derivación gástrica laparoscópica (DGL) son las fugas y dehiscencias de anastomosis. La incidencia media de fuga tras DGL varía entre un 0.5 y un 5.6% según las series. El manejo de esta complicación supone un reto para los cirujanos, y se encuentra en constante discusión. Los principios básicos en el tratamiento de las fugas incluyen un alto índice de sospecha, un diagnóstico precoz y un drenaje adecuado en los casos en los que sea necesario. Hasta un 70% de estas fugas se localizan a nivel de la gastro-yeyunostomía. Existen varias opciones terapéuticas, desde el tratamiento conservador, colocación de endo-prótesis o cirugía. Dentro de las opciones quirúrgicas, describimos el empleo de un tubo en T para la exteriorización de una gastrostomía para el tratamiento de una dehiscencia de la gastro yeyunostomía tras DGL.

Material y Método

Paciente de 22 años sometido a DGL por obesidad mórbida (IMC: 45.1) hace 15 días, siendo dado de alta al 3 día sin incidencias. Acude por episodio brusco de dolor abdominal, con deterioro progresivo del estado general. En TAC con contraste oral hidrosoluble se objetiva sospecha de dehiscencia anastomótica en gastro-yeyunostomía, por lo que se realiza laparoscopia exploradora urgente. Tras lavado de cavidad, se introduce vía oral azul de metilo localizando la fuga, que se tutoriza al exterior con un Tubo en T, sellado mediante una bolsa de tabaco con Sutura discontinua absorbible.

Resultados

El postoperatorio transcurrió de manera favorable. Se realizó estudio gastroduodenal con contraste hidrosoluble previo al alta, al 5 día, que fue negativo, siendo dado de alta con el tubo en T pinzado. A los 3 meses se retira el tubo sin incidencias tras nuevo contraste baritado negativo.

Conclusión

La gastrostomía con tubo en T para el tratamiento de la dehiscencia de sutura tras DGL, supone una técnica segura y efectiva. El diagnóstico y tratamiento precoz, gracias a un alto índice de sospecha, continúan siendo el principal pilar para el tratamiento de esta complicación.

9.-RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE LA CIRUGÍA DE REVISIÓN. ASPECTOS CLÍNICOS Y TÉCNICOS.

I. Lobo Machín, I. Arteaga González, A. Martín Malagón, M.C. Correa Flores, H. Díaz Luís, Á. Carrillo Pallares.

Hospital Universitario de Canarias - Consorcio Sanitario de Tenerife, La Laguna

Objetivos

El objetivo de nuestro estudio se basa en evaluar los resultados peri-operatorios de las intervenciones de revisión tras cirugía bariátrica en pacientes con fracaso en la pérdida ponderal atribuible a causas técnicas.

Material y Método

Entre enero de 2007 y marzo de 2012, fueron intervenidos 250 pacientes por obesidad patológica en nuestro Hospital. Hemos seleccionado para nuestro trabajo los pacientes sometidos a cirugía de revisión por fracaso en la pérdida ponderal esperada (n=12). Recogimos prospectivamente diversas variables demográficas y perioperatorias de los pacientes, para su posterior análisis estadístico y discusión.

Resultados

En cuanto a las variables epidemiológicas, hemos obtenido una edad media de 48'75 años, una clara predominancia del sexo femenino (n=8, 66'6%) frente al masculino (n=4, 33'3%), y un IMC medio preoperatorio de 43'7 kg/m².

El tipo de cirugía primaria de los pacientes fue muy variable: 3 casos de GVA de Mason (25%), 3 gastrectomías tubulares (25%), 3 derivaciones gástricas (DG) (25%), 2 bandas gástricas (16'6%) y un Scopinaro (8'3%). La técnica de revisión empleada fue: procedimientos restrictivos sobre el reservorio gástrico (n=8, 66'6%) o DG (n=4, 33'3%). El abordaje fue laparoscópico en 10 pacientes (83'3%), con una tasa de conversión del 30% (n=3), mientras que en dos casos la cirugía fue abierta como primera opción (16'6%).

En relación a la morbi-mortalidad, registramos 8 re-intervenciones en 3 pacientes (25%), todos ellos por fuga anastomótica, que precisaron posteriormente ingreso prolongado en Unidad de cuidados especiales, concretamente 2 en URPA (16'6%) y uno en UCIM (8'3%). Un paciente falleció (mortalidad: 8.3%). La estancia media en nuestro estudio fue de 16'3 días. No se ha recogido ningún caso de reingreso.

Conclusiones

La cirugía de revisión en nuestro centro presentó dificultades técnicas añadidas a la cirugía bariátrica primaria, con mayor tasa de re-intervenciones y de complicaciones graves.