

IFSO Latinoamericano 2014 (I)

1-PATRON RESPIRATORIO EN ETAPA PREQUIRURGICA DEL PACIENTE OBESO

Autores: Dra. Romero M. Soledad Dra. Álvarez Clarisa, Lic. Godoy Mónica, Dra. Herrero Maia, M., Dr. Sosa Gallardo Carlos. Centro de Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas – CTOM – Córdoba Capital.

Antecedentes: La prevalencia de SAHOS se encuentra aumentada en la población de obesos mórbidos, considerando como principales factores de riesgos el IMC y la edad, destacándose de las demás comorbilidades respiratorias. La obesidad determina una infiltración grasa submucosa de la vía respiratoria superior que condiciona una disminución de su calibre y una pérdida del tono muscular que va a favorecer el colapso. Por otra parte, el incremento del impulso inspiratorio secundario a las elevadas cargas torácicas también contribuye a la pérdida del equilibrio de presiones necesario para mantener la permeabilidad de la vía respiratoria durante la inspiración.

Objetivos: Describir el patrón respiratorio de pacientes con obesidad de nuestro centro. Diseño: Estudio observacional, retrospectivo, cuantitativo, descriptivo.

Materiales y Métodos: Se obtuvo el registro de pacientes de la base de datos de CTOM desde enero del 2012 a diciembre del 2013, con un total de 406 pacientes en plan de cirugía bariátrica, sobre los que se seleccionó 103 con diagnóstico de SAHOS determinado por polisomnografía indicada según resultados del cuestionario STOP - BANG, en su etapa prequirúrgica. Se considera a este de alta calidad metodológica y de fácil aplicación para la población quirúrgica, demostrando alta probabilidad de SAHOS moderado – severo con puntuaciones mayores a 5.

Se discriminó pacientes con diagnóstico de SAHOS leve, moderado/ severo con indicación de CiPap. Considerando además variables como IMC, edad, sexo y pruebas respiratorias incluyendo gasometría y espirometría (patrón restrictivo y obstructivo).

Resultados: De la muestra obtenida se identificó 103 pacientes con SAHOS (leve/moderado/severo) con un IMC promedio de 43.94 dentro de los cuales 37 fueron hombres y 66 mujeres y a través de la espirometría se constató que solo 6 tenían patrón restrictivo y 4 patrón obstructivo. Así mismo se vio que 29 pacientes presentaron SAHOS severo con requerimiento de CiPap, con IMC promedio de 45.4 (IMC promedio de hombres de 46.15 y en mujeres IMC de 43.22), además se destacó que de estos 21 eran hombres y 8 mujeres. Con respecto a la gasometría arterial de los pacientes con SAHOS leve se observó que la PCO₂ promedio fue de 39.5 mmHg y la PO₂ de 93 mmHg, y en los pacientes con SAHOS moderado/severo PCO₂ de 39.3 y PO₂ 86.5 mmHg.

Conclusión: No encontramos relación entre la espirometría/gases arteriales con la polisomnografía para identificar pacientes con SAHOS dado que no se constató, en nuestra muestra, hipercapnia ni hipoxemia así como tampoco mayoría de pacientes con patrón restrictivo.

2- CIRUGÍA METABÓLICA. PRIMERA EXPERIENCIA NACIONAL EN IMC 30-35 KG/M². SEGUIMIENTO A 18 MESES.

Autores: Rondina M., Garaycochea M., Fuentes S., Rodriguez D., Roumieu P. Equipo multidisciplinario Cirugía Bariátrica y Metabólica Hospital El Cruce. Servicio de Cirugía General Hospital de Berazategui.

Introducción: La DM2 es una enfermedad crónica de difícil control, cuyo tratamiento con distintos fármacos y aún con insulina frecuentemente no alcanza los objetivos terapéuticos. Según datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2009 en Argentina, la prevalencia de DM2 fue del 9,6% en la población general, incrementándose a 19,9% en los pacientes con IMC entre 30 -35 kg/m². Son ampliamente conocidos los beneficios y la seguridad de la cirugía metabólica en la población con IMC mayor de 35 kg/m² y DM2.

Objetivo: Evaluar el resultado de la Cirugía Metabólica a 18 meses de postoperatorio en pacientes con IMC entre 30-35 kg/m² y DM2

Método: Es un estudio clínico prospectivo que incluye pacientes con DM2 e IMC entre 30 y 35 kg/m², que fueron sometidos a bypass gástrico laparoscópico entre noviembre de 2011 y septiembre 2012. Se incluyeron pacientes con DM2 (se excluyeron DBT autoinmunes) y mal control metabólico (definida como HbA1c mayor a 7.5 mg %) y con indicadores de suficiencia insular. A los 18 meses se controló el IMC , la HbA1C y el requerimiento de fármacos para el tratamiento de la DM2.

Resultados: Ingresaron 11 pacientes con un promedio de edad de 47 +/- 7 años, un IMC promedio de 32,2 kg/m² +/-1,8. Siete mujeres y cuatro hombres con glucemia preoperatoria promedio 191 mg% y HbA1c promedio de 9,2% +/- 1,3% . Tiempo de evolución de la enfermedad promedio de 5,5 años (2 y 15 años). Todos recibían 2 o mas agentes orales para el tratamiento de su diabetes, 7 pacientes requerían insulina. Ninguno de los 11 alcanzaba un buen control metabólico.

Como complicaciones: un paciente presentó fístula temprana, y uno requirió cirugía de revisión. A los 18 meses de seguimiento la pérdida ponderal promedio fue de 21,9 kg +/-3,6, el IMC promedio fue de 25,1 kg/m², la glucemia promedio 125 mg% y la HbA1c promedio 5,9%. De esta serie 8 pacientes están en remisión, mientras que 3 no remitieron, requiriendo estos

1 solo agente oral. Ninguno requiere insulina. El subgrupo que no remitió, requería insulina previo a la cirugía.

Conclusiones: La Cirugía Metabólica mostró ser un método seguro y eficaz en el tratamiento de pacientes con IMC entre 30 -35 kg/m² y DM2 con mal control metabólico.

3 - CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA EN LA CIUDAD DE ARICA, CHILE. EXPERIENCIA DE 3 AÑOS Y 102 PACIENTES

Autores: Dr. Matías Sepúlveda^{1,2}, Dr. Leandro Sepúlveda¹, Dr. Mario Goren¹, Catherine De La Barrera¹, Carolina González¹ ¹ Clínica Arica, Arica, Chile ² Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

Antecedentes: La cirugía bariátrica laparoscópica se ha desarrollado en los últimos años en la ciudad fronteriza del norte de Chile, Arica. En el centro de cirugía bariátrica de la Clínica Arica se han intervenido más de 100 pacientes en el transcurso de tres años.

Objetivo: El objetivo es presentar la casuística de todos los pacientes operados de cirugía bariátrica laparoscópica en la Clínica Arica, reportando su pérdida de peso y evolución postquirúrgica.

Diseño: Estudio de cohorte prospectivo.

Materiales y Método: Se revisó y analizó una base de datos prospectiva (Excel 2008) de todos los pacientes operados de cirugía bariátrica laparoscópica en la Clínica Arica entre enero de 2011 y marzo de 2014.

Resultados: Se intervinieron un total de 102 pacientes con una edad media de 35,7 (19-63) años y 78,4% de género femenino. El peso preoperatorio fue de 100,8 kg (74-150) y el IMC promedio fue de 38 kg/m² (30,3-49,2). Las técnicas quirúrgicas fueron Gastrectomía Vertical en un 24,5% y Gastrectomía Vertical con Bypass yeyunal (GVBY) en un 75,5%. En el 100% de los casos se utilizó la vía laparoscópica sin conversión a cirugía abierta. En 10 pacientes (9,8%) se realizó colecistectomía simultánea por colelitiasis. La estadía postoperatoria fue de 2,5+1 días. Las principales comorbilidades fueron resistencia a la insulina 62,7%, dislipidemia 48%, hígado graso 41,2%, patología osteoarticular 18,6%, hipertensión 12,7% prediabetes 5,9%, apnea del sueño 2,9% y diabetes mellitus tipo 2, 6,9% (7 pacientes de los cuales 2 eran insulinoquirúrgicos). EL 100% de los pacientes alcanzó más de un 50% de pérdida de exceso de peso (%PEP). El promedio del IMC y %PEP a los 3 - 6 - 12 - 18 - 24 y 36 meses fueron 31 - 27,6 - 25,7 - 26,2 - 25,3 y 24 kg/m² y 57,7 - 87,9 - 100 - 95,7 - 107,2 y 113,1% respectivamente. El promedio del postoperatorio fue de 15,8 meses y el seguimiento a los 3 - 6 - 12 - 18 - 24 y 36 meses fue de 88,7 - 79,5 - 88 - 68,2 - 47,8 y 57,1% respectivamente. Sólo un paciente presentó hemorragia digestiva autolimitada

que no requirió estadía prolongada ni transfusión. No hubo morbilidad médica y la mortalidad fue cero.

Conclusiones: Se presenta la casuística más grande de la ciudad de Arica, Chile, con buenos resultados en cuanto a pérdida de peso, seguimiento aceptable y prácticamente sin complicaciones quirúrgicas.

4 - ¿EL TUBO DE KEHR COMO SOLUCIÓN DE LA FILTRACIÓN DE LA MANGA GÁSTRICA?

AUTORES: TELLERIA A F; TORSIGLIERI LEONARDO ALBERTO; MIGLIARO LEONARDO; DALMASO RICARDO; CASTELO MAURICIO CARLOS. CLINICA LA PEQUEÑA FAMILIA (JUNIN)

ANTECEDENTES: Una de las complicaciones temidas de la gastrectomía en manga es la filtración de la línea de sutura. Para esta contingencia se han intentado múltiples estrategias como son el tratamiento médico, la reintervención, drenajes percutáneos, endoprótesis, etc. Una de las posibilidades de tratamiento es dirigir la fístula. Múltiples dispositivos se han intentado.

OBJETIVOS: El objetivo es presentar el uso de un tubo de kehr para dirigir una filtración post manga gástrica.

DISEÑO: Presentación de Técnica .

MATERIALES Y METODOS: Paciente de IMC de 48 con gastrectomía en manga con sin febril a partir del día 15 postoperatorio sin respuesta al tratamiento médico y sin posibilidad de acceso percutáneo por lo que se reinterviene hallando una dehiscencia alta que se tutorizó con un tubo de kehr. Se asoció a tratamiento antibiótico y alimentación enteral.

RESULTADOS: Se consiguió dirigir la fístula mejorándole cuadro séptico pudiéndose retirar a los 3 meses con cierre espontáneo del orificio a los 3 días. Sin complicaciones alejadas ni alteraciones anatómicas en la endoscopia ni en el estudio contrastado.

CONCLUSION: La estrategia de dirigir una fístula es una actitud adecuada en el tratamiento. El uso del tubo de Kehr es una opción válida para conseguir la curación de esta grave complicación.

5 - COMPLICACIONES Y REINGRESOS RESPIRATORIOS MÁS FRECUENTES 2013 EN LA CLIO. (CLINICA DE CIRUGIA PARA LA OBESIDAD Y ENFERMEDADES METABOLICAS)

AUTORES: María del Rosario Gutiérrez Oviedo. Hospital General Dr. Rubén Leñero de la Secretaría de Salud del Gobierno del D.F. Clínica de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas. Ciudad de México, Distrito Federal.

Antecedentes: El conocimiento, experiencia y habilidad de los cirujanos. El manejo psicológico y nutricional del paciente obeso en el pre y pos quirúrgico, los cuidados oportunos y específicos en su estancia intrahospitalaria, así como las complicaciones mediatas e inmediatas, son indicadores de la calidad de vida, en el paciente bariátrico a corto, mediano y largo plazo.

Dentro de las complicaciones con mayor incidencia pos intervención bariátrica en la CLIO. Dentro de las primeras 72 horas de atención eran, dolor abdominal, sangrados, fistulas y procesos febriles asociados a neumonía o atelectasias, los cuales representaban hasta el 20% de la población total hasta el 2012.

Objetivo: Señalar y dar a conocer las complicaciones que disminuyeron su incidencia en el paciente bariátrico pos operado durante el año 2013, en la Clínica de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, mediante la implementación de acciones y cuidados respiratorios específicos proporcionados por el área de enfermería.

Diseño: De campo y empírico. Estudio observacional, descriptivo y estadístico.

Material y método: Se tomaron en cuenta 203 casos de pacientes candidatos a cirugía bariátrica y pos operados de manga gástrica 35 casos y 88 casos de bypass. En los cuales se determinó el registro y monitorización específica en el pos operatorio inmediato, hasta las primeras 72 horas pos quirúrgico. La atención que se proporciono fue apegada al protocolo establecido en la clínica para su cuidado con modificaciones en el tiempo y forma de la fisioterapia respiratoria. (Cambios posturales, Palmo percusión, Inspirómetro incentivo, ejercicios de espiración, educación y orientación encaminada a la expulsión de secreciones).

Resultados: En relación a los 5 años de servicio continuo de la CLIO. El año 2013 marca una gran diferencia en la que no se registró ninguna complicación

por atelectasia o neumonía, intrahospitalaria. Mientras que se registraron solamente 3 casos de reingreso posteriores a los 3 meses de intervención quirúrgica por

EPOC, Espasmo Bronquial y Neumonía, secundaria o asociada a otros procesos causales.

Conclusiones: La eficacia y eficiencia de la atención y cuidados del área de enfermería como parte del equipo multidisciplinario, requiere de compromiso, investigación, y actualización en el campo de la obesidad y cirugía bariátrica, para lograr una implementación de dichos conocimientos que permitan continuar la mejora constante en la atención y cuidado del paciente bariátrico.

6 - CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES TRASPLANTADOS

AUTORES: Raquel González-Heredia MD, Ph.D, Mario Masrur, MD, EF Elli MD FACS. Division of General, Minimally Invasive and Robotic Surgery, Department of Surgery, University of Illinois at Chicago, Chicago, Illinois, USA.

Introducción: La obesidad es un problema en pacientes que se someten a trasplante. Varios artículos han demostrado que un tercio de los pacientes que han sido trasplantados llegan a ser obesos a los 3 años tras la cirugía de trasplante de hígado. En Estados Unidos, un 7% de los pacientes que se han sometido a trasplante hepático se consideran obesos. La razón de este aumento de peso se debe fundamentalmente al tratamiento inmunosupresor que el paciente mantiene después del trasplante. La cirugía bariátrica representa una opción terapéutica para estos pacientes que se convierten en obesos mórbidos después de trasplante hepático, renal o de páncreas y que no obtienen buenos resultados de pérdida de peso con el tratamiento médico.

Material y Métodos: Un total de 409 pacientes fueron intervenidos de manera consecutiva realizándose una gastrectomía vertical en nuestro hospital en la Universidad de Illinois en Chicago Medical Center desde Enero 2008 hasta Enero 2014. De esos 409 pacientes, 6 habían recibido con anterioridad un trasplante renal, 1 paciente había sido intervenido de trasplante hepático y otro paciente había sido intervenido de trasplante de páncreas.

Resultados: La media de edad en los pacientes trasplantados era de 50.5 ± 14.6 años. La media del índice de masa corporal preoperatorio era de 48.54 ± 2.96 Kg/m². La media del tiempo quirúrgico fue de 72.5 ± 33.7 minutos. La media de la estancia hospitalaria fue de 4.5 ± 3 días. No se registraron complicaciones, no conversiones a cirugía abierta ni reintervenciones en estos pacientes. La terapia inmunosupresora no fue modificada tras la cirugía. No hubo complicaciones postoperatorias, ni complicaciones en relación con el injerto. La media de exceso de peso perdido a los 12 meses de seguimiento fue de $51.2 \pm 1.2\%$

Conclusiones: La gastrectomía vertical es una técnica segura, eficaz y con buenos resultados postoperatorios en pacientes con trasplante hepático, renal y pancreático. Esta cirugía bariátrica no incrementa los riesgos postoperatorios en este tipo de pacientes, que presentan de por sí un mayor riesgo quirúrgico por ser paciente trasplantado.

7 - LA MANGA GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA ES MÁS SEGURA QUE LA BANDA AJUSTABLE LAPAROSCÓPICA. ¿ES VERDAD?

AUTORES: Alberto S Gallo MD, Martín A Berducci MD, Lic Natalia Pampillon, Magali Sanchez MD, Eduardo Grunvald MD, Jill Fisher MS, RD, Bryan J Sandler MD, Garth R Jacobsen MD, Pablo E Omelanczuk MD, Santiago Horgan MD, Division of Minimally Invasive Surgery, University of California San Diego. Hospital Italiano de Mendoza- Argentina

Introducción: El uso de la banda gástrica ajustable laparoscópica (BGA) mundialmente fue estimulado por datos relacionados con el perfil de seguridad y eficacia. Datos recientes mostraron una incidencia aumentada de bandas extraídas relacionado a complicaciones y falla de pérdida de peso. La gastrectomía vertical en manga laparoscópica (GVM) fue inicialmente introducida como el primer paso para pacientes obesos mórbidos antes del duodenal switch. Datos favorables relacionados con pérdida de peso, morbilidad y mortalidad están llevando al uso más frecuente de la gastrectomía vertical en manga como procedimiento bariátrico primario. Nuestro objetivo es comparar los resultados entre pacientes que se operaron de BGA y GVM.

Materiales y Métodos: Una revisión retrospectiva de una base de datos mantenida prospectivamente fue efectuada. Datos de pacientes que se operaron de BGA y GVM en la Universidad de California en San Diego y en el Hospital Italiano de Mendoza fueron obtenidos. Los pacientes fueron divididos en grupos dependiendo del procedimiento quirúrgico y la intensidad de seguimiento postoperatorio.

El análisis estadístico fue efectuado con análisis de variancia unidireccional Anova y el test de comparaciones múltiples de Tukey's.

Resultados: Entre 8/2006 y 5/2013, 703 pacientes fueron identificados y divididos en 3 grupos; A) Pacientes con GVM, B) Pacientes con BGA y buen seguimiento postoperatorio (mínimo de 4 visitas en el primer año y una visita por año después) y C) BGA con pobre seguimiento postoperatorio. La edad media y el índice de masa corporal (IMC) inicial fue de 46 ± 11 y 47 ± 9.9 , 38.5 ± 13 y 42 ± 5.8 , 44 ± 12 y 41 ± 5 para el grupo A, B y C, respectivamente. (A vs B; B vs C $p < 0.05$ para edad y A vs B.C $p < 0.05$ para IMC).

	Grupo A=343 pts. 249F/94 M	Grupo B=138 pt 122F/16 M
%Exceso de pérdida de peso		
50±18		32±4
57±20		41±18
6 meses 12 meses 24 meses 36 meses	54±21	40±23
	53±18	38±23

• Complicaciones (% pts)	2.9 1.4 0 5±2.7	12 11 0
9±3.9		
• Reoperaciones (%pts)		
• Mortalidad (%pts)		
• Promedio # de visitas postoperatorias		

a=A vs B; b=A vs C; c=C vs B. F=Femenino; M=masculino. NS=No significativo

Conclusión: Nuestro estudio demostró que con baja morbilidad y sin mortalidad, los pacientes que se operaron de GVM alcanzaron una mayor pérdida de peso que los pacientes con BGA y esto no fue dependiente del número de visitas postoperatorias. Un seguimiento más prolongado podría ser necesario para demostrar diferencia estadística significativa a los 3 años y confirmar esta tendencia.

En nuestra opinión, en comparación con BGA, GVM debe ser considerado el procedimiento de elección en pacientes obesos para un adecuado descenso de peso.

8 - REMOCIÓN DE ANILLO EN BGYR CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS ENDOSCÓPICA

AUTORES: JOSEMBERG CAMPOS¹; GALENO EGÍDIO¹; EDUARDO PACHU¹; LYZ BEZERRA¹; ALMINO RAMOS². ¹Universidade Federal de Pernambuco, ²Gastro Obeso Center, SP

Antecedentes: El uso de anillo en el bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) está asociado a intolerancia alimentaria pos-operatoria, cuyo tratamiento clásico ha sido la remoción quirúrgica. Un nuevo método utilizando prótesis plástica auto expansível (PPAE) induce erosión intragástrica del anillo, el cual es removido por vía endoscópica de forma mínimamente invasiva.

Objetivo: La meta es analizar la eficacia y la seguridad de esta técnica de remoción del anillo posterior a BGYR.

Método: Estudio prospectivo longitudinal de serie de 41 pacientes con intolerancia alimentaria asociada a presencia de anillo, que fueron, tratados por vía endoscópica, entre 2007 y 2013. El grupo presentaba media de edad igual a 44,1 años, IMC medio de 27,0 Kg/m², y vómitos fueron los síntomas mas frecuentes (n=37), con episodios diarios en 46,3%. El éxito terapéutico fue definido como la mejoría de los síntomas posterior a remoción del anillo. El implante de PPAE fue realizado bajo anestesia general y guiado por radioscopia, siendo utilizado endoscopio estándar.

Resultados: Los pacientes recibieron alta posterior a 24 horas con dieta líquida e inhibidor de bomba de protones (IBP), que fue prescrito durante el tiempo medio de permanencia de la prótesis, que fue de 15,3 días. La prótesis promovió erosión completa del anillo en 24 (58,5%) pacientes, permitiendo la inmediata remoción. Hubo tres casos de migración de la prótesis con eliminación espontanea por vía rectal. El efecto adverso mas común fue vómito (n=7). No hubo complicaciones graves, ni necesidad de remoción precoz de la prótesis. Posterior seguimiento medio de 6 meses, no hubo cambios significativos en el IMC y 78% de los pacientes fueron capaces de ingerir carne roja.

Conclusiones: La remoción del anillo con uso de prótesis endoscópica demostró ser un procedimiento seguro y eficaz, con 100% de los anillos siendo removidos con éxito y 29,3% de ocurrencia de eventos adversos leves (vómitos). Esta técnica es una alternativa adecuada en la remoción del anillo, evitando la intervención quirúrgica y reduciendo la posibilidad de reganancia de peso.

9 - BY PASS GASTRICO EN “O DE ROUX”: RESOLUCION LAPAROSCOPICA

AUTORES: Alejandro Marcolini¹; Diego Awruch¹; Ivan Fendrich¹; Rogelio Tioni¹. ¹Sanatorio Británico de Rosario.

Antecedentes: La anastomosis del asa intestinal bilio-pancreática al pouch gástrico determina la configuración en O de Roux del bypass gástrico laparoscópico, constituyendo una complicación atípica y de difícil diagnóstico.

Objetivo: Video demostración de complicación poco frecuente y su resolución.

Material y método: Paciente de sexo masculino de 50 años de edad que presenta obesidad mórbida (IMC: 43 kg/) desde hace 12 años asociada a HTA, DBT II, Dislipemia y apneas del sueño. Luego de tratamiento multidisciplinario se decide realizar by pass gástrico laparoscópico en-Y de Roux.

Conclusiones: La configuración en O de Roux durante la confección del by pass gástrico laparoscópico es una complicación potencialmente devastadora. Maniobras de seguridad como definir mediante un clip el asa intestinal bilio-pancreática luego de la sección del asa yeyunal; identificar el ligamento de Treitz y recorrer el asa bilio-pancreática previa y posteriormente a la realización de la gastro-entero anastomosis permiten realizar un diagnóstico precoz, brindándonos la posibilidad de resolver el problema en el mismo acto quirúrgico.

10 INCIDENCIA DE COLELITIASIS POST CIRUGÍA BARIÁTRICA.

AUTORES: Munir Alamo, Matías Sepúlveda, Cristián Astorga, José Lagos, Nicolás Rosso. Hospital Dipreca. Universidad Diego Portales. Santiago de Chile.

ANTECEDENTES: La coleditiasis es una patología prevalente en la población chilena, se puede observar en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica con incidencias reportadas entre un 30 y 52,8%. Desde el punto de vista etiológico se supone que un factor asociado es la baja de peso rápida de los primeros 12 meses post cirugía.

OBJETIVO: Este estudio intenta evaluar la prevalencia de coleditiasis post cirugía bariátrica en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital DIPRECA.

DISEÑO: Estudio retrospectivo

PACIENTES Y MÉTODO: Cohorte retrospectiva de la base de datos electrónica de los egresos hospitalarios de pacientes sometidos a cirugía bariátrica y colecistectomía laparoscópica en el hospital DIPRECA entre enero de 2010 y julio de 2013. Se realizó una correlación entre los distintas técnicas quirúrgicas bariátricas (gastrectomía vertical, gastrectomía vertical más bypass yeyunal y bypass gástrico) y colecistectomía laparoscópica. En los pacientes que se habían realizado ambas intervenciones quirúrgicas, se evaluó si la colecistectomía se había realizado antes, durante o después de la cirugía bariátrica.

RESULTADOS: Se incluyeron 885 pacientes operados entre enero de 2010 y julio de 2013. 8% de los presentaba coleditiasis como hallazgo en el estudio preoperatorio, siendo sometidos a colecistectomía en el mismo procedimiento, 0,5% tenían el antecedente de colecistectomía. 810 pacientes sin patología biliar confirmada por ecografía abdominal previo a la cirugía (91.5%), de estos pacientes, a 130 se les realizó colecistectomía laparoscópica post cirugía bariátrica (16%) en el período de tiempo descrito (30 meses postop).

CONCLUSIONES: La incidencia de coleditiasis post cirugía bariátrica en la muestra estudiada es menor a la incidencia observada en otras series de características similares, sin embargo esto se puede deber a subdiagnóstico de la patología o que los pacientes fueran operados en otro centro.

11 - FÍSTULA Y ESTENOSIS EN GASTRECTOMIA VERTICAL: DILATACIÓN ENDOSCÓPICA, COLOCACIÓN DE PRÓTESIS Y SEPTOTOMÍA GÁSTRICA

AUTORES: Josemberg Campos¹; Lyz Bezerra Silva¹; Sérgio Correia¹; Patrícia de Paula¹; Manoel Galvão Neto². ¹Universidade Federal de Pernambuco, ²Gastro Obeso Center, San Pablo. Brasil.

Antecedentes: Entre las complicaciones más temidas de la gastrectomía vertical esta la fístula gástrica, la cual se ha mostrado de difícil tratamiento. Las fístulas han sido tratadas clínicamente, asociadas o no, a procedimiento quirúrgico.

Objetivo: Describir una técnica endoscópica innovadora, segura y mínimamente invasiva para tratamiento de fístula gástrica resultante de Gastrectomía Vertical.

Métodos: Fueron evaluados 18 pacientes con fístula gástrica posterior a Gastrectomía Vertical, siendo sometidos a tratamiento endoscópico por dilatación con balón, colocación de prótesis endoscópica y/o septotomía gástrica.

Resultados: De 18 pacientes, se observó el lugar de la fístula a nivel del ángulo de His (n=15), en 02 casos se manifestó como fístula gastro-brónquica, y en el cuerpo gástrico en 03. 17 pacientes presentaron estrechamiento del pouch, 07 casos a nivel de la cisura

angularis y 10 casos a nivel del cuerpo gástrico proximal. Los tratamientos endoscópicos recomendados fueron: dilatación endoscópica con balón neumático, colocación de prótesis y septotomía gástrica en 11 casos, con un promedio de sesiones endoscópicas de 12,6; dilatación y septotomía en 7 casos, con una media de 6,14 sesiones. La elección del tratamiento endoscópico recomendado fue en base al grado de respuesta inflamatoria secundaria al proceso fistuloso. El tratamiento endoscópico propuesto presentó resolución de la fístula en 17 casos y control de los síntomas en 01 caso, siendo todos evaluados a través de radioscopia y endoscopia digestiva de control. En 01 caso se observó la aparición de sangrado digestivo alto, autolimitado, siendo dispensado cualquier procedimiento intervencionista. No hubo óbitos.

Conclusión: Dilatación endoscópica agresiva con balón neumático, colocación de prótesis endoscópica y septotomía gástrica endoscópica promovieron la cura o el control de la fístula gástrica posterior a Gastrectomía Vertical de forma más rápida y con menor morbimortalidad, en comparación a otros procedimientos descritos, evitando cirugías abdominales o torácicas para control de la sepsis. De esta forma, la endoscopia bariátrica parece ser una forma eficaz de tratar fístula gástrica posterior a gastrectomía vertical.

12 - RESULTADOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LA MEJORA O REMISIÓN DE LA DM2

AUTORES: Dra Romero, Elida B; Dra Di Tomasso Marinela; Dra Tocaimaza, Laura B; Lic Polo, Rosanna; Dr Rovira Gomez, Pablo E. HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD "PTE. JUAN D. PERON" CIUDAD CAPITAL DE LA PROVINCIA DE FORMOSA - ARGENTINA

Antecedentes: En nuestro país la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en el año 2009 arrojó una mayor prevalencia de obesidad del 18% y de sobrepeso del 35,5% en relación a la primer encuesta. Dicho incremento se observó en casi todas las provincias y en grupos más vulnerables. La mitad de la población Argentina (53.4%) tiene exceso de peso en algún grado. El sobrepeso explica el 58% de la ocurrencia de diabetes. La prevalencia de diabetes se incrementó a 9,6%, es mayor en mujeres, adultos mayores, con menor nivel de ingresos, educación y con cobertura del sector público, en particular en la región del Noroeste.

La cirugía bariátrica surge como una alternativa para el tratamiento de la obesidad, demostrando además mejoría y resolución de comorbilidades entre ellas la diabetes. **Objetivo:** reportar los resultados de remisión de diabetes mellitus tipo 2 pos cirugía bariátrica. Describir nuestra experiencia 24 meses posteriores a una BPGYR. **Diseño:** Estudio observacional prospectivo

Material y Método:

1. **Pacientes estudiados:** Entre octubre de 2009 y diciembre de 2013, fueron intervenidos quirúrgicamente 205 pacientes obesos morbosos, 173 mujeres y 32 hombres, con una edad promedio de 42,7 años (19-66). 38 pacientes (18,5 %) tenían diagnóstico preoperatorio de diabetes tipo II (hiperglucemia mayor a 126 mg/dl en ayunas), recibiendo tratamiento con hipoglucemiantes orales y/o insulina.- A todos ellos se les realizó bypass gástrico videolaparoscópico. El control clínico-nutricional y bioquímico se realizó a los 30 días, 3 - 6 - 9 y 12 meses postoperatorios, controlándose los siguientes parámetros:
2. **Evolución de las comorbilidades metabólicas:** mediante examen sanguíneo, determinando glucemia en ayunas, Hb Alc, colesterol total y triglicéridos, que se compararon con los resultados preoperatorios.
3. **Monitoreo del peso:** curva de descenso, porcentaje de peso perdido y exceso de peso perdido, porcentaje de IMC perdido, y regancia.
4. **Ajuste del plan nutricional y medicación.**

Resultados: Se clasificaron los resultados según los siguientes parámetros:

Remisión: glucemia basal debajo de 100 mg%, Hb Alc < 6,2 % sin medicación

Mejoría: glucemia basal encima de 100 mg%, Hb Alc 6,2-7 % disminución medicación Sin respuesta: glucemia basal encima de 120 mg%, Hb Alc >7 % igual o aumento de medicación En todos los casos se observó una disminución de la glucemia en las primeras 48 hs del postoperatorio.

A los 24 meses, de los 38 pacientes, 35 (92,1 %) presentaron remisión completa, 3 pacientes (7,9%), presentaron mejoría de los cuales 2 (5,2%) continuaron con hipoglucemiantes orales en menor dosis y 1 (2,7%) persistió en tratamiento con insulina, aunque disminuyó el nivel de requerimiento.

Conclusión: La cirugía bariátrica tiene una importante repercusión en la evolución de las comorbilidades relacionadas con la obesidad, sobre todo la diabetes. En los pacientes diabéticos que fueron sometidos a BPGYR, la remisión de la diabetes fue casi total.

Para el éxito de la cirugía, debe priorizarse el tratamiento con un equipo interdisciplinario capacitado y centrado en el paciente, de manera individual y colectiva promoviendo la alimentación saludable y la actividad física adecuada, así como el desarrollo de habilidades de afrontamiento de situaciones difíciles de controlar.

13 - EXPERIENCIA INICIAL EN CIRUGÍA BARIÁTRICA EN VILLA MARÍA CÓRDOBA

AUTORES: Oliva Fernando, Peralta Miguel, Zurro Alejandro, Simons Gabriel, Strippoli Marcos, Gomez Marcela. Clínica de Especialidades Villa María – Córdoba.

Introducción: La obesidad es una enfermedad severa. En la actualidad es considerada una epidemia mundial. Argentina tiene uno de los índices de obesidad más altos de Latinoamérica, afecta al 14,8 % de la población adulta.

La cirugía bariátrica se ha impuesto como la única alternativa para el tratamiento de la obesidad mórbida. Ha demostrado un descenso de peso sostenido en el tiempo y mejoría y resolución de comorbilidades como diabetes e hipertensión.

En 2011 el servicio de Cirugía mínimamente invasiva en conjunto con el Servicio de Clínica Médica, el Servicio de Nutrición y el Servicio de Salud Mental de la Clínica de especialidades Villa María, implemento el programa interdisciplinario de cirugía metabólica y obesidad (ICMO), para el tratamiento quirúrgico de la obesidad.

El objetivo de este trabajo es exponer la experiencia y resultados de este programa para el tratamiento quirúrgico de la obesidad.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas de todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica desde los inicios del programa ICMO hasta la actualidad.

Todos los pacientes fueron evaluados por un equipo multidisciplinario. Se solicitó de rutina a los pacientes una pérdida de peso preoperatoria de 5-10%. Las comorbilidades evaluadas fueron diabetes mellitus tipo 2 e insulinorresistencia, hipertensión, dislipemia, apnea del sueño, enfermedad pulmonar obstructiva, reflujo gastro esofágico, afecciones musculo esqueléticas.

Fue elegido como procedimiento quirúrgico a realizar el Bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico y la gastrectomía parcial vertical en manga. Se indica dieta líquida exclusiva con suplementación vitamínica por 15 días antes de la intervención quirúrgica.

El seguimiento de los pacientes se realizó a los 15, 30, 60, 90, 180 días y anualmente. Resultados: Fueron sometidos a cirugía 18 pacientes. 14 de sexo femenino (78%), 4 de sexo masculino (22%). Edad media 39,17±10,16 años. Índice de masa corporal medio de 44,42±5,64, 16 pacientes con obesidad clase 3 y 2 pacientes con obesidad clase 2. 3 pacientes presentaban IMC mayor a 50 (16.6%).

El procedimiento quirúrgico más utilizado fue la gastrectomía parcial vertical en manga laparoscópica (83%). Los tiempos quirúrgicos fueron de 75±15 minutos para gastrectomía en manga laparoscópica y 115±20 minutos para by-pass gástrico laparoscópico. El tiempo de internación fue de 60±12 horas. Se presentó una lesión esplénica durante el desarrollo de una gastrectomía en manga. No se presentaron casos de fistula o hemorragia. No tuvimos mortalidad en nuestra serie.

Conclusión: Afirmamos que es posible realizar en nuestro medio un programa multidisciplinario de cirugía bariátrica con buenos resultados perioperatorios inmediatos y a mediano plazo. Nos vemos alentados a continuar trabajando para ampliar nuestra casuística y aportar nuestra experiencia a la comunidad en base a nuestros resultados.

14 - BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX EN PACIENTES CON IMC MENOR A 35

AUTORES: Al. Martín Astete Bufadel (*), Prof. Gabriel Astete Arriagada (**), Prof. Víctor Contreras Domínguez (***), Kine. Julio Pozo Cifuentes, Nut. Johana Smith Martín. Fac. Medicina de la Universidad del Desarrollo-Chile, (**) = Fac. de Medicina de la Universidad Católica de la Santísima Concepción-Chile. (***). Fac. de Medicina de la Universidad de Concepción-Chile.

Antecedentes: Las indicaciones del Consenso de Cirugía Bariátrica del INH (National Institutes of Health) establecen como límite menor un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 35. El año 2011 la Food and Drug Administration y la International Diabetes Federation admiten oficialmente procedimientos en pacientes con IMC entre 30 y 35, si tienen comorbilidades de orden metabólico.

Objetivo: Evaluación y seguimiento de pacientes con enfermedad metabólica e IMC entre 30 y 35 K/m², sometidos a Bypass Gástrico en Y de Roux Laparoscópico.

Material y Método: 67 pacientes operados entre los años 2010 y 2013. Criterios de Inclusión: con una o más alteraciones metabólicas e IMC entre 30 a 34,9. Criterios de exclusión: los estándares para cirugía Bariátrica. Total de casos: 67. Mujeres: 62 y 5 varones. Edad promedio: 36,4 años + 10,3 ds. IMC preoperatorio: 32,2 K/m² + 2,0 ds. Porcentajes de: Diabetes: 3,0 %. Resistencia a la Insulina: 100%; Dislipidemia: 31,3 %; Síndrome Metabólico: 46,2%. Hígado Graso: 35,8 %. Reflujo Gastro-Esofágico: 34,3 %. Técnica Quirúrgica: Cirugía Laparoscópica, con bolsa gástrica de 30-40 ml, gastro-yeyuno anastomosis calibrada a 10mm de diámetro con sutura manual. Asa Biliar 50 cm y asa alimentaria de 150 cm. Biopsia a todos los casos, del borde hepático izquierdo, en cuña.

Resultados: Seguimiento de la serie: 100%. Evolución promedio actualizada del total de la serie(n=67): 16,8 meses + 9,2 ds (rango 5,1 meses a 42 meses). Evolución superior a 18 meses, subgrupo (n= 32): 47,7% de la serie, con rango de 17,6 meses a 42 meses. IMC postoperatorio: 22,3 K/m² + 2,0 ds. Remisión completa, antes del tercer mes, de condiciones: Diabetes, Resistencia a la Insulina y Dislipidemia. Confirmación de Hígado Graso Posoperatoria con la biopsia: 89,6 %. Complicaciones Quirúrgicas: 2,9% (Colección Intraabdominal). Complicaciones Médicas: 1,4 % (Atelectasia).

Conclusiones: El Bypass Gástrico constituye una herramienta terapéutica segura, que logra una remisión importante de condiciones metabólicas alteradas, sin un impacto nutricional, en este grupo pacientes con IMC entre 30 y 35. Es ideal el seguimiento a largo plazo.

15 - VALORACION ENDOSCOPICA EN LA ESTENOSIS GASTROYEYUNAL POST BY PASS GASTRICO

AUTORES: Dres Alvarez Esteban; Oliva Mariana; Talia Agustin; Correa Miguel; Carlos Sosa Gallardo. CTOM Bariátrica, Córdoba.

Introducción La Estenosis Gastroyeyunal, (EGY) luego del By Pass Gástrico por Laparoscopia (BPGL), es una complicación reportada con todas las técnicas de anastomosis descritas. Por tal motivo la endoscopia, es un método de diagnóstico y terapéutico muy importante en este tipo de complicaciones.

Objetivo: Valoración endoscópica de las EGY, clasificarla según síntomas y forma, para un protocolo adecuado en el tratamiento endoscópico.

Material y Métodos: En el presente trabajo revisamos la tasa de EGY, 8 pacientes(15%) de 100 ptes(100%) sometidos a BPGL, debido a obesidad mórbida, utilizando sutura lineal Cortante (SLC), para la anastomosis. Clasificamos, por medio de los Síntomas y Video endoscopia. Los síntomas se, caracterizaron por, sialorrea, vómitos e imposibilidad para progresarla alimentación hasta una dieta completa. 4ta y 8va semana post BGLP. Video endoscopia, se observaron distintos tipos de estenosis referido a tamaño y forma correlacionado con los síntomas. El tratamiento consistió en la Dilatación Neumática Endoscópica (DNE) con balón cre.

Resultados: Resolución completa de la clínica y el aumento del diámetro (EGY) en todos los pacientes. Con una media en total de 3 sesiones y una máxima de 6 sesiones. Todas bajo Neuroleptoanalgesia. Una sola Pte (0.01 %), de 8, presentó neumoperitoneo, posterior a la dilatación, tratándose la misma de manera no operatoria.

16 -COMPARACIÓN DE LA PÉRDIDA DE PESO EN PACIENTES SOMETIDOS A DIFERENTES TÉCNICAS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Autores: Lic Soria Maria Virginia, Dres Burgos Maria Mercedes, Sosa Gallardo, Nicolas, Cooke, Jose. Hospital Cordoba. Córdoba. Lic Almada Maria Jose, Almada Mariana, Simon Carlos, Sosa Gallardo Carlos. CTOM Bariátrica. Córdoba.

Introducción: La obesidad mórbida es una patología de creciente consulta en nuestro medio a la cual los servicios de salud pública no están ajenos. Cuando el paciente llega a este grado de obesidad, los tratamientos médicos actuales (cambio de hábitos, dietas, ejercicio, medicamentos) no son eficaces en un 96-98% de los pacientes. Esto da lugar a lo que se denomina efecto yo-yo: el paciente realiza un gran esfuerzo para perder unos kilos y los recupera con creces en poco tiempo.

Objetivo: Comparar la evolución del porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) entre Gastrectomía Vertical en Manga(GVM), By Pass Gástrico (BPG) y Plicatura Gástrica (PG). Tipo de Estudio: Estudio descriptivo retrospectivo donde se evaluó un grupo de pacientes con obesidad mórbida intervenidos en el Hospital Córdoba y CTOM, desde Marzo 2012 a Noviembre 2013 con tres técnicas quirúrgicas diferentes. **Material y método:** Se intervino un grupo de pacientes en el Hospital Córdoba y CTOM durante el 2012 y 2013, 81,8% mujeres (GVM 63,5%, BPG 24%, PG 12,7%). La edad promedio fue de 43 años. Los pacientes sometidos a las tres técnicas quirúrgicas, fueron cuidadosamente seleccionados. La variable analizada a los 3, 6, 12 meses fue % EPP

Resultados: Se observa un %EPP semejante con dos técnicas quirúrgicas a los 3 meses (BPG 49,4% y GVM 47,9%) siendo el %EPP menor en la PG (39%) A los 6 meses el By Pass Gástrico supera las dos técnicas restantes (BPG 65,3%, GVM 59,3% y PG 43.3%). Al cumplir un año de control se registran %EPP similar en GVM (77%) y BPG (76%), siendo menor en la PG (62.2%)

Conclusiones: Los resultados quirúrgicos fueron semejantes a los 12 meses con BPG y GVM . Son comparables con estudios publicados recientemente en otros centros quirúrgicos. Con respecto a la PG podríamos considerarla como alternativa a otros métodos restrictivos, con buenos resultados en términos de %EPP, con menor índice de complicaciones y menor costo.

17 - ANALISIS DE LOS RECLAMOS JUDICIALES VINCULADOS A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA.

AUTORES: A Rondán, M Fasano, M Ramírez, G Alarcía, P Miguel y AR Ferreres. Servicio de Cirugía General. Hospital Asociado UBA "Dr. Carlos A Bocalandro"

Antecedentes: la cirugía bariátrica para el tratamiento definitivo de la obesidad mórbida y sus patologías asociadas, está expuesta a accidentes, riesgos, complicaciones y secuelas, que en oportunidades suelen ser proclives al inicio de un juicio de responsabilidad profesional médica

Objetivo: analizar los reclamos por presunta malpraxis vinculados a cirugía bariátrica en trámite ante la justicia ordinaria

Diseño: descriptivo, observacional y retrospectivo

Material y métodos: se analizaron 120 reclamos por responsabilidad profesional médica motivados por cirugía bariátrica entre los años 2007 y 2013. Las fuentes fueron: a) solicitud de dictámenes periciales al Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional, b) procesos de mediación y c) datos de compañías de seguros.

Resultados: los procedimientos quirúrgicos fueron: a) banda gástrica: 24 (20%), b) bypass gastroyeyunal: 69 (57.5%), c) gastrectomía en manga: 25 (21%) y d) otros: 2 (1%). El lapso promedio entre el procedimiento quirúrgico y el inicio del reclamo fue de 2.3 años (rango: de 3 meses a 6 años). 95 reclamos (79%) fueron en la Capital Federal y conurbano bonaerense y los restantes, en el resto del país. Los reclamos fueron por: a) muerte en 85 casos (71%), d) lesiones con incapacidad mayor a 30 días o secuelas con incapacidad permanente (29%). El ámbito fue privado en 111 casos, hospital público en 5, hospital de FFAA en 4. Respecto de la documentación del consentimiento informado, el mismo fue deficiente en 81 oportunidades (67.5%) y la calidad de la documentación médica fue considerada subóptima en 96 casos (80%). La relación médico-paciente fue calificada por los operados o sus derechohabientes como normal en 70 casos (58%), regular en 39 (32.5%) y mala en 11 (1.5%)

Conclusiones: 1) la cirugía bariátrica puede presentar circunstancias de conflicto que motiven un reclamo por responsabilidad profesional médica, 2) es de utilidad ilustrar a los cirujanos especialistas acerca de las implicancias médico legales de estos procedimientos, 3) el desarrollo de programas de prevención del riesgo colaborará en la disminución de eventuales demandas, 4) la calidad de la documentación médica deberá ser mejorada.

18 - MANGA GÁSTRICA NO AFECTA EL METABOLISMO DEL ALCOHOL.

AUTORES: Martin A. Berducci MD, Alberto S. Gallo MD, Sheetal Nijhawan MD, Diego F Nino MD, Cristina R. Harnsberger MD, Ryan C. Broderick MD, Hans Fuchs MD, Moneer Almadani MD, Bryan J. Sandler MD, Garth R. Jacobsen MD, Santiago Horgan MD. Division

Introducción: Ha sido publicado que pacientes sometidos a Bypass Gástrico tienen alterado el metabolismo del alcohol, predisponiendo a los mismos a intoxicaciones o multas por conducir vehículos en estado de ebriedad. El impacto del metabolismo del alcohol a largo plazo en la no esta claro. Nuestra hipótesis es que este procedimiento no altera el metabolismo del alcohol.

Métodos: Hemos diseñado un estudio prospectivo en pacientes sometidos a Gastrectomía Vertical en Manga (GVM). La concentración de alcohol en sangre (CAS) fue medida utilizando un alcoholímetro digital y se midió cada 5 minutos después de una dosis de 150 ml de vino tinto hasta que la concentración de alcohol llego a 0. Fueron evaluados durante el estudio los síntomas que presentaron los pacientes. Todos los parámetros fueron evaluados y analizados previo a la cirugía y a los 3 y 12 meses posterior a la misma.

Resultados: Nuestro estudio consistió en 10 pacientes (9 mujeres) con un promedio de edad de 46.6 años y IMC inicial de 43.5 ± 2 kg/m². El promedio de porcentaje de exceso de peso perdido (%EWL) fue $39.5 \pm 3.3\%$ a 3 meses y $56.2 \pm 5\%$ a 12 meses. El nivel mas alto de alcohol a los 20 minutos no fue diferente a 3 meses (0.068 ± 0.007 , $p= 0.77$) y a 12 meses (0.05 ± 0.008 , $p=0.17$) cuando se comparo con los niveles preoperatorios (0.059 ± 0.014). Además, el Tiempo en que CAS llegue a 0 no fue significativamente diferente en los tres periodos evaluados (preoperatorio: 70 ± 9 min, 3 meses: 95 ± 18 min and 12 meses: 57 ± 8 min, ($p>0.05$). No se encontraron diferencias en la sintomatología de los pacientes antes y después de la cirugía.

Conclusión: Nuestro estudio sugirió que la GVM no afecta en metabolismo del alcohol. Los pacientes operados no presentaron niveles elevados de alcohol en sangre y no se encuentran mas predispueto mas que la población general a problemas de intoxicación alcohólica en la vía publica, en contraste con lo previamente demostrado en pacientes con Bypass Gástrico.

19 - PLICATURA GÁSTRICA: EXPERIENCIA INICIAL EN 12 MESES.

Autores: Dres Martinez Canil Ammiel, Talia Agustin, Buso Adrian, Cooke Jose. Hospital Cordoba. Cordoba.

Antecedentes: La Plicatura Gástrica Laparoscópica (PGL) es una técnica restrictiva en Cirugía Bariátrica que reduce el volumen gástrico total por plicación de la curvatura mayor del estomago. Las ventajas de esta técnica incluirían una menor tasa de complicaciones al no realizar resecciones gástricas ni anastomosis, como así también el menor costo al no requerir el uso de suturas mecánicas.

Objetivos: Exponer nuestra experiencia inicial, explicar el desarrollo de nuestra técnica y los primeros resultados en el seguimiento a 12 meses.

Diseño: Prospectivo.

Materiales y Métodos: Utilizamos la PGL para el tratamiento de la obesidad mórbida en 15 pacientes seleccionados criteriosamente con buena adhesión al tratamiento prequirúrgico, no diabéticos y no mas de dos comorbilidades (HTA, hipotiroidismo). 14 mujeres, 1 hombre; IMC promedio de 43; edad promedio 41.8 años, (37-48), durante un periodo 14 meses (enero 2013-marzo 2014). En todos ellos se realizó plicatura de la curvatura mayor del estomago en 3 planos, desde el pilar izquierdo del diafragma hasta 5-6 cm proximales al píloro, con control endoscópico intraquirúrgico. El seguimiento postoperatorio fue realizado al mes, 3, 6, 9 y 12 meses, evaluando tasa de complicaciones y %EPP.

Resultados: El tiempo promedio de cirugía fue de 60 minutos, estadía hospitalaria 72 hs, complicaciones: hemorragias (2), neumonía (1). Con respecto al porcentaje de exceso de peso perdido: 3 meses %EPP 39 (n13); 6 meses %EPP 43,3 (n12); 9 meses %EPP 53,14 (n10); 12 meses %EPP 62,2 (9).

Conclusión: Nuestra experiencia inicial muestra que la disminución del volumen gástrico puede llevarse a cabo con seguridad por plicatura de la curvatura mayor gástrica, seleccionando adecuadamente los pacientes, como alternativa a otros métodos restrictivos, con buenos resultados en términos de %EPP, similar a otras series más numerosas, en el mismo periodo de tiempo, con menor índice de complicaciones y menor costo. Pero todavía no hay un seguimiento a largo plazo de esta técnica para determinar sus resultados definitivos.

20 - PLICATURA LAPAROSCÓPICA DE LA CURVATURA MAYOR GÁSTRICA EN PACIENTES CON RESISTENCIA A LA INSULINA E IMC MENOR A 35 K/M², CON CONTRAINDICACIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Autores: Al. Martin Astete Bufadel (*), Prof. Gabriel Astete Arriagada (**), Prof. Víctor Contreras Domínguez (***), Kine. Julio Pozo Cifuentes, Nut. Johana Smith Martin. Fac. Medicina de la Universidad del Desarrollo-Chile, (**) = Fac. de Medicina de la Universidad Católica de la Santísima Concepción-Chile. (***)= Fac. de Medicina de la Universidad de Concepción-Chile.

Introducción: Los tratamientos farmacológicos en Resistencia a la Insulina y Obesidad presentan casos con intolerancia y contraindicaciones que dejan a un subgrupo de pacientes sin tratamiento efectivo. La Plicatura Gástrica Laparoscópica de la Curvatura Mayor, ha sido realizada en Obesidad Severa y Mórbida. Se presenta catorce casos de pacientes con esta técnica, en pacientes con IMC menor a 35 K/m² y Resistencia a la Insulina, más otras comorbilidades asociadas. **Material y Método:** Criterios de inclusión: índice de masa corporal entre 28 y 34,4 K/m²; con Resistencia a la Insulina y uno más de los siguientes: Antecedentes familiares directos relacionados con Obesidad. Intentos formales de baja de peso, condiciones tales como: Hígado Graso, Dislipidemia, Síndrome Metabólico. Los datos de la serie: Edad promedio 34,0 años + 11,0 ds (rango: 18-54); IMC preoperatorio promedio: 30,8 K/m² + 2,4 ds. Antecedente de patologías asociadas preoperatorias en la serie: Resistencia a la Insulina 100%; Sospecha de Hígado Graso 60% (Ecografía y/o Enzimas); Dislipidemia 40%; uso de Metformina 90%; intolerancia a Metformina 100%; uso de Sibutramina previamente 100%; Antecedente de uso de Balón Intragástrico 1%. La técnica quirúrgica es la descrita en las publicaciones de referencia, con plicatura en tres planos de la curvatura mayor gástrica, más biopsia hepática del lóbulo izquierdo en el 100% de los casos.

Resultados: Seguimiento Promedio: 34 meses + 8,3 ds (rango 13 a 42 meses); Biopsia hepática concordante con esteatosis en los casos que existía sospecha ecográfica y/o enzimática. Baja de IMC en el 100% de los casos, con un promedio de postoperatorio de la serie de 24,7 K/m² + 2,8. Sin reaparición de la Resistencia a la Insulina.

Conclusión: Esta técnica restrictiva puede ser considerada una alternativa más en pacientes con Resistencia a la Insulina y Obesidad Leve, con contraindicación de tratamiento farmacológico habitual, en especial considerando su baja tasa de complicaciones quirúrgicas.

21- RESULTADOS EN PACIENTES CON DBT2 OPERADOS DE BY PASS GASTRICO : 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

Autores: Dras Herrero Maia, Alvarez Clarisa, Romero Soledad, Sosa Gallardo Nicolas, Sosa Gallardo Carlos. CTOM. Córdoba

INTRODUCCION: En los últimos años el tratamiento de la DBT 2 a alcanzado el marco quirúrgico y hoy podemos hablar de remisión de DBT2 posterior a la cirugía bariátrica. **OBJETIVO:** Evaluar el control metabólico de nuestros pacientes con DBT2 posterior a 5 años de by-pass gástrico.

METODO: Realizamos un trabajo retrospectivo y descriptivo. Entre 2005 y 2009 se realizaron en nuestro centro 157 cirugías de by-pass gástrico; el 11,5 % de los pacientes con diagnostico de DBT2, a quienes evaluamos su control metabólico al 2014.

Características generales de los pacientes: edad promedio 45 años (28-61 años), 77 % sexo femenino, IMC promedio 46 (36,7-56), años de diagnostico de la enfermedad promedio 6,2 años (1-17 años), IR 22,2 % con dosis promedio de insulina de 72 U/ día (92-50 U/día), con monoterapia el 33,3%, la HbA1c promedio 7,36 % (11,2 – 5,4) y las glucemias promedio de 141,4 mg/dl (82 – 305 mg/ dl).

RESULTADOS: Al 2014 el 83,3 % de los pacientes con DBT 2 operados de by pass gástrico se encuentran dentro de los criterios de remisión de enfermedad, sin medicación y con HbA1C promedio de 5,6 %. El resto que no tuvieron remisión de su enfermedad eran DBT2- IR y a la fecha están sin insulina, con ADO y HbA1C promedio de 6,3%.

CONCLUSION: Nuestra muestra confirma una vez más que el by pass gástrico es una excelente opción para el tratamiento de los pacientes DBT2. El éxito de la cirugía queda demostrado con HbA1c menor a 6,5 %.

22 - RESOLUCIÓN DE DUMPING, DIARREA CRÓNICA Y ANEMIA SECUNDARIO A BYPASS GÁSTRICO CON LA TÉCNICA DE GASTRECTOMÍA VERTICAL Y BYPASS YEYUNAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autores: Matías Sepúlveda, Munir Alamo, Bárbara Valenzuela, Ximena Prat, Erik Chacón Centro de Cirugía de la Obesidad, Hospital Dipreca, Santiago, Chile

Antecedentes: El bypass gástrico es la técnica más utilizada en el tratamiento de la obesidad y sus patologías metabólicas. Dentro de los efectos secundarios de excluir el duodeno, se encuentran síndrome de malabsorción, anemia y dumping, complicaciones que deterioran la calidad de vida del paciente.

Objetivos: Presentación de la técnica Gastrectomía Vertical con Bypass Yeyunal (GVBY) como alternativa de conversión de bypass gástrico en la resolución de complicaciones metabólicas.

Diseño: Presentación de paciente con antecedente bypass gástrico con dolor abdominal crónico, diarrea crónica, anemia y dumping secundarios. Resultados postoperatorios en el seguimiento a 1 año de cirugía.

Materiales y Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 55 años, sexo femenino con antecedente de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no insulino requirente, Depresión, IMC previo a la cirugía de 43 kg/m². Se realiza bypass gástrico laparoscópico en Agosto de 2008. Evoluciona con baja de peso adecuada y remisión de DM2. Paciente refiere síntomas de dumping precoz, diarrea y anemia en los primeros 4 meses. A los 2 años de la cirugía se realiza laparoscopia exploradora por dolor abdominal, encontrándose hernia de Petersen, la cual es resuelta en ese tiempo. Posterior a esto presenta 2 episodios de obstrucción intestinal por bridas, una de ellas requiriendo resección intestinal. En noviembre de 2012 tras fracaso de tratamiento oral, inicia terapia con hierro intravenoso por anemia macrocítica e hipocrómica (hematocrito 29,2% y hemoglobina de 9,6 gr/dl). En marzo 2013 se decide una conversión de su bypass gástrico por su cuadro clínico. Al momento de la conversión presenta un peso de 55 kg, IMC 23,2 kg/m², Hcto 33,7% y Hb 10,5 gr/dl. Se realiza gastro-gastroanastomosis, creando gastrectomía vertical y bypass yeyunal de 250 cm por laparotomía. Dada de alta a los 5 días, buena tolerancia régimen líquido.

Resultados: Paciente evoluciona favorablemente, sin dolor abdominal, ausencia de diarrea, y dumping. Dentro de los exámenes de laboratorio hay una mejoría en el hematocrito, hemoglobina y depósitos de hierro a 1 año seguimiento. Peso 55 kg, IMC 23,2 kg/m², Hcto 36,5% y Hb 12,3 gr/dl, sólo recibiendo aporte por vía oral. Su DM2 se mantuvo resuelta con glicemia de 85 mg/dl y HbA1c de 5,1%

Conclusiones: Se presenta una alternativa para resolver los efectos secundarios del bypass gástrico, como dumping, anemia ferropriva y síndrome diarreico crónico. La técnica de GVBY es una cirugía segura, con excelentes resultados metabólicos y de baja de peso.

23 - RESOLUCION DE COMORBILIDADES EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA EN HOSPITAL PUBLICO

Autores: Dres Burgos, Maria Mercedes, Sosa Gallardo, Nicolas, Lic Soria Maria Virginia, Dr Cooke, Jose. Hospital Córdoba. Córdoba.

Antecedentes: La obesidad constituye hoy en día uno de los principales problemas de salud pública en todos los países desarrollados debido al incremento de su prevalencia, al mayor riesgo de morbimortalidad por complicaciones médicas asociadas y al coste sanitario derivado de la misma. Es un importante factor de riesgo cardiovascular y se asocia con enfermedades como la Diabetes Mellitus tipo 2 (DBT2), Hipertensión Arterial (HTA)

Dislipemia y otras.

El objetivo de esta revisión: Analizar el efecto que la cirugía bariátrica ejerce sobre los parámetros antropométricos y sobre las patologías asociadas (HTA, DBT2) en pacientes con obesidad mórbida.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo donde se ha evaluado a un grupo de pacientes con obesidad mórbida que fueron intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital Cordoba desde marzo 2012 a noviembre 2013.

Material y método: Se intervinieron 55 pacientes en total (15 mediante bypass gástrico y 40 Gastrectomía en Manga por laparoscopia). A los que se les realizó una valoración antropométrica (talla, peso, índice de masa corporal) y se evaluó el porcentaje de pacientes que presentaban comorbilidades asociadas a la obesidad al inicio del estudio (41.8% HTA y

27.2% DBT2) **Resultados:** El 81.8% fueron mujeres, con una edad media de 43 años. El peso medio prequirúrgico fue de 123 Kg y el IMC 44.1. Al año tras la técnica quirúrgica el IMC fue de 32.2. El 78% de los pacientes con HTA y el 66.6% de los diabéticos normalizaron sus perfiles correspondientes tras la cirugía Bariátrica.

Conclusiones: Los resultados de esta revisión confirman que la cirugía bariátrica puede considerarse el tratamiento de elección y más efectivo a largo plazo para pacientes con obesidad mórbida que han sido cuidadosamente seleccionados, con gran mejoría en los parámetros antropométricos y en la corrección de comorbilidades asociadas como HTA y DBT2. Dichos resultados son comparables con publicaciones en otros centros quirúrgicos.

24 - REGANCIA DE PESO POST CIRUGÍA BARIÁTRICA.

AUTORES: Almada Maria Jose, Almada Mariana, Soria Maria Virginia, Sosa Gallardo Nicolas, Simon Carlos. CTOM Bariátrica. Córdoba.

Introducción: La cirugía para la obesidad ha probado ser el tratamiento más efectivo para reducir el exceso de peso de cualquier magnitud, lo que favorece la mejoría de las comorbilidades metabólicas, especialmente de la diabetes tipo 2 y la calidad de vida. Los estudios con seguimiento a largo plazo muestran que un porcentaje importante de pacientes operados regana peso, más frecuentemente entre el tercer y sexto año postoperatorio. Los

aspectos conductuales y psicológicos, constituyen los principales factores de riesgo para que un paciente que ha reducido exitosamente su exceso de peso vuelva a engordar. Estos son detectables en la etapa preoperatoria, lo que confirma que la cirugía Bariátrica debe ser realizada en centros que cuenten con equipo multidisciplinario.

Objetivo General: Comparar reganancia de peso con diferentes técnicas de cirugía bariátrica en pacientes intervenidos en CTOM.

Tipo de Estudio: Estudio descriptivo retrospectivo, se evaluó un grupo de pacientes con diferentes grados de obesidad (IMC <40 >40.1 >50.1) intervenidos en CTOM por medio de dos técnicas quirúrgicas Bypass Gástrico (BPG) y Gastrectomía vertical en Manga (GVM), desde Marzo 2008 a Marzo 2013. **Material y método:** Se intervinieron 666 pacientes con Obesidad (226 BPG y 440 GVM). Se tomaron medidas antropométricas (peso, talla), IMC y exceso de peso, agrupando a los pacientes según IMC previo a la cirugía. En el 1 y 5 año post cirugía, se calculó IMC y %EPP.

Resultados: Al año del Post operatorio, los BPG y las GVM operados con IMC <40, >40.1 y >50.1 descendieron el 80.6%, 70,3%, 72.9% y 80,7%, 68,3%, 57,6% respectivamente. A los 5 años, los BPG y las GVM operados con IMC <40, >40.1 y >50.1 mantuvieron el 70,6%, 68,5%, 58,7% y 59,6%, 46% y 46,6% respectivamente.

Conclusiones: Todos los pacientes operados de Cirugía Bariátrica con las 2 técnicas realizadas obtuvieron al año el descenso de peso esperado (> al 50% EPP), en todos los rangos de IMC. A los 5 años se observó reganancia de peso en todos los casos, con un aumento mayor en la GVM (26 %) con respecto al BPG (11,5%). Manteniendo el éxito de la cirugía (%EPP >50) en todos los rangos de IMC de BPG. Con respecto a la GVM, sostuvieron el %EPP >50, los

pacientes con IMC inicial <40. Todas las técnicas de Cirugía Bariátrica permiten reducir exitosamente el exceso de peso, aún en los casos de obesidad más severa. Sin embargo, ninguna operación por si sola asegura la mantención del peso perdido, se debe reforzar hábitos alimentarios saludables y actividad física.

25 - TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DE ULCERA MARGINAL PERFORADA EN PACIENTE CON BYPASS GASTRICO EN Y DE ROUX.

AUTORES: Al. Martin Astete Bufadel (*), Prof. Gabriel Astete Arriagada (**), Prof. Víctor Contreras Domínguez (***), Kine. Julio Pozo Cifuentes, Nut. Johana Smith Martin. Fac. Medicina de la Universidad del Desarrollo-Chile, (**) = Fac. de Medicina de la Universidad Católica de la Santísima Concepción - Chile. (***).Fac. de Medicina de la Universidad de Concepción-Chile.

La incidencia de la Úlcera Marginal (UM) en Bypass Gástrico en Y de Roux Laparoscópico (BPGYRL) es entre un 1% a 16%. En caso de perforación lo habitual es el tratamiento quirúrgico. En la patología péptica similar, no post bariátrica, se ha propuesto un tratamiento no quirúrgico, en condiciones especiales. Se presenta Caso Clínico de una Paciente con BPGYRL y UM Perforada, tratada de manera No Quirúrgica. Edad: 30 años. Portadora de un BPGYRL. Edad: 30 años. Seguimiento 17 meses. Remisión controlada de: Hígado Graso, Dislipidemia, Resistencia a la Insulina, Esofagitis y Obesidad Severa. Un mes antes del episodio presenta epigastralgia recurrente, que asocia a estrés emocional. Reinicia hábito tabáquico y utiliza AINE ocasional. Presenta un episodio de vómitos, debidos a intolerancia a una crema dental, e inicia un brusco e intenso dolor epigástrico, irradiado en cinturón. Una hora después se realiza Tomografía Abdominal que evidencia aire libre intraperitoneal. Inicia tratamiento antibiótico asociado, uso de bloqueador H₂ EV y analgesia. Se aprecia disminución notable de la sintomatología. Se adiciona, por 10 días, nutrición parenteral total y, a la semana, un control con Radiografía Contrastada, que evidencia nicho de tipo “ulceroso” en borde de unión gastroyeyunal (UGY). Luego alimentación progresiva, alta a los 15 días. Endoscopia a las seis semanas: cicatriz de úlcera en UGY. Por lo general, en úlcera perforada, las medidas iniciales del tratamiento no se diferencian entre el manejo conservador o quirúrgico. Exámenes urgentes, manejo de sepsis, bloqueadores H₂, y analgesia son utilizados de manera rutinaria. Se necesita tener acceso a cuidados intensivos y contar con equipo quirúrgico permanente. En condiciones habituales, el tratamiento conservador no ha ganado amplia aceptación y puede ser controversial. Requiere de un seguimiento clínico quirúrgico acucioso. Además, la úlcera de ubicación gástrica es proclive a presentar condiciones asociadas, como re-perforación, hemorragia digestiva, ser parte de tumores malignos, mayor mortalidad. Aún así, existen condiciones actualmente aceptadas para el tratamiento conservador, tales como: pacientes con edad avanzada y que presenten una enfermedad irreversible; o pacientes con riesgo operatorio muy alto. La condición de UM tiene una frecuencia de presentación variable, y el contexto anatómico-fisiopatológico de estos pacientes es distinto a las condiciones descritas tradicionalmente en patología gástrica. El estado actual del conocimiento permite postular un tratamiento conservador adecuado en este tipo de pacientes, siempre y cuando se cumplan condiciones de seguridad y posibilidad de seguimiento.

26 - CIRUGIA BARIÁTRICA EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH. NUESTRA EXPERIENCIA

Autores: Gaston Clemente, Rudolf Buxhoeveden, Veronica Gorodner, Alejandro Grigaites. Unidades Bariátricas. Buenos Aires.

Antecedentes: La introducción de la Terapia Antirretroviral Altamente Efectiva (TAAE) en 1996 disminuyó dramáticamente la progresión de VIH positivo a SIDA, aumentando la sobrevivencia de los pacientes portadores. La infección por VIH dejó así de ser considerada una enfermedad terminal, haciendo que estos individuos posean un riesgo de desarrollar obesidad y comorbilidades relacionadas similar al de la población general. El uso de antirretrovirales por tiempo prolongado está relacionado con la aparición del Síndrome de Lipodistrofia, caracterizado por lipoatrofia periférica y facial con obesidad abdominal visceral, insulinoresistencia, diabetes y dislipidemia aumentando en estos pacientes el riesgo de enfermedad cardiovascular y, al mismo tiempo, incluyéndolos como candidatos para cirugía bariátrica.

Objetivo: descripción de nuestra experiencia en 4 pacientes VIH positivos sometidos a cirugía bariátrica.

Método: análisis retrospectivo de datos recolectados prospectivamente.

Resultados: entre Enero 2008 y Enero 2014, 1478 pacientes recibieron cirugía bariátrica; a 1152 se les realizó Bypass Gástrico -en- Y de Roux Laparoscópico (BGYRL) y a 326 Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GVL); 4 pacientes VIH + (1 mujer y 3 hombres) fueron objeto de nuestro estudio. Edad 43 años, peso inicial 117 kg, IMC inicial 42 kg/m². El tiempo promedio de infección VIH fue de 6 años. El 100% de los pacientes recibía terapia TAAE al momento de la cirugía y solo fue discontinuado durante 1 día. Comorbilidades preoperatorias: diabetes mellitus tipo II (DMT) 1 pte (25%), insulinoresistencia 1 pte (25%), apnea del sueño 1 pte (25%), hipertensión arterial 1 pte (25%), dislipidemia 4 ptes (100%), esteatosis hepática 4 ptes (100%). La estadía hospitalaria fue de 2,7 días. No se produjeron muertes o complicaciones. El seguimiento fue de 10 meses. El % de exceso de peso perdido (% EPP) fue de 77% y 73% a los 6 y 12 meses respectivamente. El paciente diabético resolvió su enfermedad a los 3 meses. Todos los pacientes corrigieron la dislipidemia. El valor absoluto de CD4+ fue de 502.5

células/mm³ y de 527.5 células mm³, en el pre y postoperatorio respectivamente. Las cargas virales preoperatorias estaban en un rango de Log x 10 copias/ml 1,3 a 2,2, con número de copias <20/ml en 2 pacientes, 31 y 155 copias en los 2 restantes, siendo en el postoperatorio de 1,3 Logx10 en 3 pacientes (todos con menos de 20 copias/ml) y 1,7 Logx10 en el paciente restante (con 50 copias/ml).

Conclusiones: los resultados obtenidos en esta pequeña serie de pacientes sugieren que la cirugía bariátrica puede ser realizada con seguridad en pacientes altamente seleccionados de la población VIH positiva, produciéndose una pérdida de peso y resolución de comorbilidades satisfactorias. El análisis de las cargas virales y cifras absolutas de linfocitos CD4+ en el preoperatorio y postoperatorio indicarían que no habría interferencia con la terapia TAAE. Estudios que involucren mayor número de pacientes con seguimiento a largo plazo son necesarios para confirmar esta información y obtener conclusiones significativas.

27 - EVALUACIÓN TARDÍA DE LA EFICACIA DEL BGYR EN OBESOS GRADO I CON DIABETES TIPO 2

Autores: Vladimir Curvelo¹; Daniel Lins¹; Lyz Bezerra Silva¹; Alvaro Ferraz¹; Almino Ramos².
¹Universidade Federal de Pernambuco, ²Gastro Obeso Center, San Pablo. Brasil.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la obesidad son pandemias sin control clínico adecuado. La cirugía bariátrica proporciona la resolución de la DM2 en obesos a corto plazo, los efectos del bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) son desconocidos a largo plazo en obesidad grado I.

Objetivo: Evaluación de la eficacia de BGYR en el tratamiento de la DM2 sin control clínico asociada a obesidad grado I.

Metodología: Fue analizada prospectivamente una población sometida a BGYR comparándose variables clínicas y laboratoriales en el pre y pos-operatorio. El grupo consta de 18 pacientes, tuvo un seguimiento medio de cinco años y presentaba una media de IMC de 33,4 Kg/m² y HbA1c de 8,8% y un tiempo de diagnóstico de DM2 hace 9,4 años.

Resultados: 1- La remisión de DM2 fue de 39% (n=7). 2- El control glicémico sin drogas fue obtenido en la mitad de casos (n=9), independientemente de las medicaciones en 78% (n=14). 3- Reducción de 22% del peso. No hubo mortalidad, morbilidad grave, desnutrición o casos con IMC por debajo de 20 Kg/m². El menor tiempo de enfermedad proporcionó mejores resultados, por lo que no hay interferencia en cuanto al grado de IMC o uso de insulina.

Conclusión: El BGYR es una opción segura y eficaz en el tratamiento de DM2 asociada a obesidad grado I a largo plazo.

28 - TUMORES GÁSTRICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA EN MANGA

Autores: Telleria A F; Torsiglieri Leonardo Alberto; Migliaro Leonardo; Mecherques Nadim Jose; Castelo Mauricio Carlos. Clinica la Pequeña Familia (Junin)

ANTECEDENTES: la patología gástrica a menudo asintomática. Los estudios rutinarios endoscópicos permiten hallar lesiones insospechadas. El estudio posterior de los estómagos resecados también permiten hallar patología gástrica no demostrada en la endoscopia.

OBJETIVOS: El objetivo es presentar 3 pacientes con tumores gástricos en pacientes en los que se les realizó una gastrectomía en manga .

DISEÑO: Presentación de casos .

MATERIALES Y METODOS: de un grupo de xxxun grupo de pacientes con obesidad mórbida sometidos a gastrectomía vertical en manga con estudios endoscópicos de rutina se hallaron dos tumores GIST y e un estómago resecado se halló un tumor carcinoide. Durante la cirugía se realizó asistencia endoscópica en los casos con diagnóstico preoperatorio.

RESULTADOS: En los tres pacientes se completó la cirugía sin complicaciones intra ni post operatorias. Se realizaron estudios inmunohistoquímicos para confirmar los hallazgos anatomopatológicos. El tiempo quirúrgico fue de 70, 85 en los casos con asistencia endoscópica y de 48 minutos en los sin diagnóstico.

CONCLUSION: la patología gástrica incluye varias entidades a menudo asintomáticas, El uso sistemático de endoscopias preoperatorios permite el diagnóstico para decidir la conducta. Además el estudio de todos los estómagos resecados demuestra patologías insospechadas.

29 - CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA EN LA CIUDAD DE ARICA, CHILE. EXPERIENCIA DE 3 AÑOS Y 102 PACIENTES.

Autores: Matias Sepulveda¹; Leandro Sepulveda¹; Mario Goren¹; Catherine de la Barrera¹; Carolina Gonzalez¹.¹Clinica Arica. Chile

Antecedentes: La cirugía bariátrica laparoscópica se ha desarrollado en los últimos años en la ciudad Arica. En la Clínica Arica se han intervenido más de 100 pacientes en tres años.

Objetivo: El objetivo es presentar todos los pacientes operados de cirugía bariátrica laparoscópica en la Clínica Arica, reportando pérdida de peso y evolución postquirúrgica.

Diseño: Estudio de cohorte prospectivo.

Materiales y Método: Se analizó una base de datos prospectiva (Excel 2008) de todos los pacientes operados de cirugía bariátrica laparoscópica en la Clínica Arica entre enero de 2011 y marzo de 2014.

Resultados: Se intervinieron un total de 102 pacientes con edad media de 35,7 (19-63) años y 78,4% género femenino. El peso preoperatorio fue de 100,8 kg (74-150) y el IMC promedio fue de 38 kg/m² (30,3-49,2). Las técnicas quirúrgicas fueron Gastrectomía Vertical (24,5%) y Gastrectomía Vertical con Bypass yeyunal (GVBY) en un 75,5%. En el 100% de los casos se utilizó laparoscopia sin conversión a cirugía abierta. En 10 pacientes (9,8%) se realizó colecistectomía simultánea por colelitiasis. La estadía postoperatoria fue de 2,5±1 días. Las principales comorbilidades: resistencia insulínica 62,7%, dislipidemia 48%, hígado graso 41,2%, patología osteoarticular 18,6%, hipertensión 12,7% y diabetes mellitus tipo 2, 6,9%. El promedio del IMC y %PEIMC a los 3 – 6 – 12 – 18 – 24 y 36 meses fueron 31 –27,6– 25,7 – 26,2 – 25,3 y 24 kg/m² y 57,7 – 87,9 – 100 – 95,7 – 107,2 y 113,1% respectivamente. El promedio del postoperatorio fue de 15,8 meses y el seguimiento a los 3 – 6 – 12 – 18 – 24 y 36 meses fue de 88,7 – 79,5 – 88 – 68,2 – 47,8 y 57,1% respectivamente. Todos los pacientes alcanzaron >50% PEP. Sólo un paciente presentó hemorragia digestiva autolimitada que no requirió estadía prolongada ni transfusión. No hubo morbilidad médica y la mortalidad fue cero.

Conclusiones: Se presenta la casuística más grande de la ciudad de Arica, Chile, con buenos resultados en cuanto a pérdida de peso, seguimiento aceptable y prácticamente sin complicaciones.

30 - IMPACTO DEL USO DE SONDAS DE 27 VS 39 FR SOBRE EL DESCENSO DE PESO EN GASTRECTOMIA TUBULAR. ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO

Autores: Patricio Cal¹; Tomas Jakob¹; Luciano Deluca¹; Ezequiel Fernandez^{1,1}CRQO. Hospital Churruca. Buenos Aires.

Antecedentes: La gastrectomía tubular es una de las cirugías bariátricas primarias más realizadas en el mundo. Se considera que el diámetro de la sonda calibradora utilizada tendría impacto sobre la morbilidad y el descenso de peso, aunque no existen estudios prospectivos randomizados que lo confirmen.

Objetivo: Comparar los resultados de la utilización de sondas de calibración de distintos diámetros en la gastrectomía en manga por vía laparoscópica.

Diseño: Estudio prospectivo randomizado.

Material y Método: Se randomizaron 126 pacientes a calibración intraoperatoria con sonda semirígida de 27 (Grupo A) o 39 Fr (grupo B) de diámetro. Los criterios de inclusión fueron índice de masa corporal (IMC) 40-50 kg/m², edad entre 20 y 70 años y ausencia de cirugía gástrica previa. Todas las cirugías fueron realizadas por el mismo cirujano. Se calculó el tamaño del grupo para detectar una diferencia de 6 puntos en el porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) a 1 año, para un error $\alpha=0,05$ y un error $\beta=0,2$; considerando un desvío estándar de 14 puntos. Se analizaron volumen de estómago resecaado, descenso de peso a los 6 meses y 1 año y morbimortalidad.

Resultados: Los grupos fueron comparables (Grupo A, n=62 vs Grupo B, n=64) en IMC inicial (44,3 vs 43,5; P=NS), edad (41,9 vs 42,2; P=NS) y proporción de mujeres (87,1% vs 84,3%). Se presentaron 2 complicaciones mayores (filtraciones de la línea de sutura, 1 por grupo, P=NS). El volumen de estómago resecaado promedio fue similar en ambos grupos (426 vs 402 ml, P=NS). El seguimiento a 1 año fue de 87,5 % en el grupo A y 87,1 % en el grupo B. El %EPP a los 6 meses fue comparable (66,1% vs 66,6%; P=NS), y al año el grupo A presentó un mayor descenso (75,3% vs 71,3%), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: El uso de diámetro variable de sondas no influyó en el descenso de peso, volumen de estómago resecaado ni en la morbilidad de la cirugía de gastrectomía en manga.

31 - LA RESOLUCION JUDICIAL DE LA COBERTURA DE CIRUGIA BARIÁTRICA

Autores: A Rondán, M Ramírez, R Trapani, G Alarcia, J Camelioni, L Cardozo y AR Ferreres. Servicio de Cirugía General. Hospital Asociado UBA "Dr. Carlos A Bocalandro".

Antecedentes: el derecho a la salud ha sido expresamente convalidado en nuestra Carta Magna en la reforma de 1994. La ley 26369 de Trastornos Alimentarios y la resolución 724/02 del Ministerio de Salud de la Nación fueron promulgadas para la protección y atención de los pacientes portadores de obesidad mórbida. Por otra parte, la incidencia de esta patología ha ido en progresivo aumento, estimándose en 18% para el año 2009. No obstante la cobertura de la cirugía bariátrica suele estar signada por dificultades e inequidades en el acceso a la misma. La herramienta con que cuentan los pacientes es la judicialización del procedimiento para poder acceder a los beneficios del tratamiento quirúrgico.

Objetivo: analizar los recursos de amparo interpuestos para lograr la cobertura de cirugía bariátrica.

Diseño: descriptivo, observacional y retrospectivo

Material y métodos: análisis de 100 amparos judiciales para la solicitud de cobertura de cirugía bariátrica, cuyas pericias fueron enviadas al Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional entre los años 2009 y 2013

Resultados: a) las solicitudes correspondieron a bypass gastroyeyunal en 74 casos, a gastrectomía en manga en 23 y a banda gástrica en 3, b) las solicitudes correspondieron a obras sociales y entidades de medicina prepaga en 82 casos y al ámbito público en los restantes 18, c) todas las solicitudes fueron aceptadas y convalidadas por los dictámenes, d) la calidad de la documental médica adjunta, en más del 80% de los casos no se ajustaba a los requisitos establecidos, e) el lapso promedio de resolución fue de 72 horas.

Conclusiones: a) a pesar de las reglamentaciones y regulaciones vigentes, los pacientes portadores de obesidad mórbida e indicación de tratamiento quirúrgico enfrentan dificultades para la cobertura de dichos procedimientos, b) la normativa de la ley 28396 y en especial de la resolución 742/09 deben ser pasibles de modificación con el fin de dar lugar a las nuevas circunstancias y dejar de lado requisitos excusables (24 meses de fracaso de tratamientos no quirúrgicos y la inclusión de la gastrectomía en manga, c) los dictámenes del Cuerpo Médico Forense han sido ampliamente favorables en la admisibilidad de cobertura de los procedimientos solicitados.

32 - REVERSIÓN DEL BGYR PARA TRATAMIENTO DE FÍSTULAS COMPLEJAS

Autores: Josemberg Campos¹; Lyz Bezerra Silva¹; Milton Carvalho¹; Helga Alinho¹; Flávio Kreimer¹.

¹Universidade Federal de Pernambuco. Brasil

Antecedentes: Las fistulas que se presentan posteriores a bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) se pueden manejar con eficacia, ya sea por endoscopia o cirugía. Sin embargo, algunos pacientes pueden presentar una forma severa, con una anatomía alterada, compleja y de difícil manejo, en el que múltiples intentos anteriores han fracasado. Por tanto, se deben explorar nuevos protocolos.

Métodos: Los autores presentan una serie de 03 casos en los que se realizó una reversión total o parcial de BGYR para tratar fistulas complejas postoperatorias digestivas. Los autores revisaron también la literatura disponible al respecto.

Resultados: En 02 pacientes, la reversión de BGYR se realizó mediante laparotomía, a través de una anastomosis gastrogástrica (AGG) dando lugar a la curación de fistulas enterocutáneas, gastrocutáneas. En el tercer paciente, el tratamiento fue endoscópico; se creó una comunicación gastrogástrica usando un cuchillo aguja (needleknife) seguido de la dilatación de las vías con balón, con el consiguiente cierre de la fistula gastrocutánea. Los tres casos fueron objeto de múltiples laparotomías y varias sesiones de tratamientos endoscópicos, que controlaron la sepsis, pero no curaron la fistula.

Conclusión: Las fistulas complejas posterior a BGYR pueden ser tratadas eficazmente por reversión de la ruta digestiva previa creando una AGG, este nuevo enfoque utilizado en estas situaciones ha llevado al cierre de la fistula en todos los casos con baja morbilidad.

33 - PLICATURA GASTROYEYUNAL EN FALLO DE BY PASS GÁSTRICO

Autores: Telleria A F; Torsiglieri Leonardo Alberto; Migliaro Leonardo; Dalmaso Ricardo; Castelo Mauricio Carlos. Clinica la Pequeña Familia (Junin).

ANTECEDENTES: La falla en la baja de peso después del by pass gástrico es una posibilidad que puede llegar a ser frecuente especialmente si se evalúan resultados a más de 5 años. Varias estrategias ya sean médicas y quirúrgicas se han intentado con resultados dispares. El presentar una anastomosis de gran diámetro es una de las causas. La corrección quirúrgica es una de las posibilidades.

OBJETIVOS: Presentar la técnica de plicatura para el tratamiento de una anastomosis gastroyeyunal agrandada..

MATERIALES Y METODOS: Paciente de IMC de 45 con bypass gástrico por vía convencional con descenso de sólo 6 kg en 6 años sin conseguir nunca saciedad. Se intentaron múltiples tratamientos médicos con apoyo psicológico y nutricional. En los estudios se demuestra rápido pasaje a través de la anastomosis en los estudios contrastados. La anastomosis mide más de 5 cm de diámetro en la endoscopia. Presentaba además litiasis vesicular sintomática que obligaba a un abordaje quirúrgico.

RESULTADOS: Se realizó plicatura laparoscópica de la anastomosis autorizada con sonda de 12mm. Se asoció a colecistectomía . El tiempo quirúrgico fue de 85 minutos con buena evolución postoperatoria. Restricción para la ingesta con descenso de 25 kg en 3 meses.

CONCLUSION: La plicatura de la anstomosis es una posibilidad para el tratamiento de la falla del by pass, especialmente cuando hay ausencia de saciedad.

34 - MANGA GÁSTRICA: TIENE ALGUNA INFLUENCIA EN EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO? RESULTADOS PRELIMINARES.

Autores: Veronica Gorodner, Rudolf Buxhoeveden, Gaston Clemente, Laura Sole, Luis Caro, Alejandro Grigaites. Unidades Bariátricas. Buenos Aires.

Introducción: indudablemente el bypass gástrico en Y de Roux (BPG) constituye la mejor opción para el tratamiento de la obesidad en pacientes obesos con reflujo gastroesofágico (RGE). Sin embargo, la influencia de la manga gástrica (MG) sobre esta enfermedad permanece controvertida. Se ha propuesto que la MG podría inducir RGE de novo o empeorar el existente. El objetivo de este estudio fue evaluar la influencia de la MG en el RGE.

Métodos: candidatos a MG fueron evaluados con estudios funcionales esofágicos (EFE) incluyendo manometría esofágica (ME) y pHmetría de 24 hs pH en el prequirúrgico y 1 año postop. Los síntomas fueron evaluados con un score validado. Se compararon resultados pre y postquirúrgicos.

Resultados: entre 4/12 y 9/13, se realizó MG a 118 pacientes. EFE se efectuaron en 92 (78%) de ellos en el preop. De 19 pacientes 1 año post MG, 14 (73%) completaron los EFE postop.; 13 fueron mujeres, edad 42 ± 12 años, IMC 40 ± 6 kg/m². A 14 meses, % exceso de peso perdido (EPP) fue 74. ME: la longitud del esfínter esofágico inferior (EEI) aumentó de 2.7 a 3.2 cm (p= NS), y la presión del EEI disminuyó de 17.1 a 12.4 mmHg (p= <0.05). En el preop., el EEI fue normotenso en 13 (93%) pacientes, mientras que en el postop., en 10 (71%) (p= NS). El DeMeester aumentó de 12.6 a 28.4 (p= < 0.05). En el postop., 5 (36%) pacientes desarrollaron RGE de novo, en 3 (21%) RGE empeoró, 1 (7%) permaneció con RGE y 5 (36%) se mantuvieron sin RGE. No hubo diferencia en síntomas pre y postop. **Conclusión:** resultados preliminares demostraron que luego de la MG, la presión del EEI disminuyó significativamente y que el DeMeester aumentó significativamente. Si bien los resultados de la MG resultan atractivos en términos de EPP, los pacientes deberían ser advertidos de que probablemente requerirán inhibidores de la bomba de protones luego de la cirugía. Los cirujanos probablemente necesiten disminuir su umbral para la indicación de BPG en pacientes con RGE conocido.

35 - CIRUGIA BARIATRICA EN SINDROME DE PRADER-WILLI

Autores: Federico Jorge Keten¹; Daniel Oscar Caiña¹; Mariano Calero¹; Matias Dolado¹; Rodrigo Thiebat¹.

¹Centro de Obesidad y Enfermedades Metabólicas “Dr. Alberto Cormillot”, Malvinas Argentinas, Buenos Aires.

ANTECEDENTES: El síndrome de Prader-Willi es una enfermedad congénita multisistémica, compleja. Sus características clínicas principales son hipotonía neonatal, baja estatura, hipogonadismo hipotalámico, retardo mental de grado moderado a severo, apariencia física característica e hiperfagia compulsiva con desarrollo de obesidad precoz y severa. Los pacientes presentan una obsesión con la comida que aparentemente tendría su causa en una alteración en los mecanismos de control del apetito a nivel hipotalámico, provocando una disminución en la sensación de saciedad.

OBJETIVO: Comunicar los beneficios de la cirugía bariátrica en pacientes con obesidad asociada a síndrome de Prader-Willi

DISEÑO: Estudio retrospectivo mediante análisis de historias clínicas y seguimiento de los pacientes con obesidad asociada a síndrome de Prader-Willi operados de cirugía bariátrica (Derivación Biliopancreática) en el periodo de septiembre del 2010 a febrero del 2014.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó cirugía bariátrica (Derivación Biliopancreática) en 3 pacientes con síndrome de Prader-Willi operados en el periodo mencionado. Los mismos, eran pacientes con antecedentes de fracasos reiterados en diferentes métodos de descenso de peso, por lo cual se tomó la conducta de realizarles la cirugía bariátrica asociada al seguimiento intensivo multidisciplinario de los pacientes. Contando con consultas semanales a los profesionales del equipo y estudios seriados para un correcto descenso de peso.

RESULTADOS: En pacientes con síndrome de Prader-Willi los programas de reducción de peso convencionales son totalmente inadecuados para obtener resultados efectivos y prolongados, dado básicamente por la falta de cooperación en la restricción voluntaria en la comida. La conjunción de apetito insaciable con retardo mental hacen fracasar cualquier intento de cambio conductual respecto a hábitos de alimentación.

Bajo estas condiciones el manejo quirúrgico parece ser la mejor alternativa para el tratamiento de la obesidad de este síndrome, y dentro de las técnicas quirúrgicas bariátricas; la derivación biliopancreática parece ser la más acorde para este tipo de pacientes que tienden a incumplir las indicaciones.

CONCLUSION: La cirugía bariátrica; y dentro de la misma la derivación biliopancreática; en pacientes con obesidad asociada a síndrome de Prader-Willi sería una alternativa de tratamiento posible con la finalidad de mejorar su calidad de vida y aumentar su sobrevida.

36 - GASTRECTOMÍA TUBULAR ¿ES NECESARIA LA INTERNACIÓN MAYOR A 24 HORAS?

Autores: Patricio Cal¹; Tomas Jakob¹; Luciano Deluca¹; Ezequiel Fernandez¹.¹CRQO. Hospital Churruca. Buenos Aires.

Antecedentes: Las cirugías con internación corta son recomendadas para varios procedimientos quirúrgicos. Sus principales ventajas son la rápida vuelta al hogar, la disminución de riesgos infectológicos y la reducción de costos. Este tipo de prácticas pueden ser realizadas si no afectan la seguridad del paciente. La gastrectomía tubular laparoscópica se ha impuesto como cirugía bariátrica primaria y por su rápida recuperación postoperatoria se debate la necesidad de internación mayor a 24 horas.

Objetivo: Analizar la seguridad de la internación menor a 24 horas en pacientes con gastrectomía tubular laparoscópica.

Material y Método: Se analizaron 2147 Gastrectomías tubulares realizadas por vía laparoscópica (SG) entre febrero de 2007 y marzo de 2013. Se recolectaron datos antropométricos sobre días de internación, complicaciones inmediatas y mediatas y necesidad de reinternación y reintervención tempranas.

Resultados: De los 2147 pacientes operados, 2108 (98,1%) fueron dados de alta dentro de las 24 horas de realizada la cirugía. Treinta y nueve pacientes (1,9%) requirieron internaciones más prolongadas; 16 (0,75%) por intolerancia a la ingesta, 22 (1,02%) por hemorragias y 1 (0,05%) por filtración de la línea de sutura. En total se registraron 25 filtraciones de la línea de sutura (1.16%), 1 dentro de las 24 horas y 23 entre los 5 y 41 días postoperatorios; 4 colecciones intraabdominales (0,14%) manifestadas entre el 6° y 16° día postquirúrgicos. De 28 hemorragias intraabdominales o intraluminales (1,3%) 5 (0,2%) requirieron reoperación dentro de las 24 horas y 4 (0,2%) drenaje percutáneo luego del 7° día. No se manifestaron complicaciones entre el 2° y el 4° día postoperatorios.

Conclusiones: No se encontró evidencia para justificar la permanencia de pacientes operados de gastrectomía tubular más de 24 hs si durante ese período no se detecta intolerancia, signos de hemorragia o de filtraciones.

37 - TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DE ULCERA MARGINAL PERFORADA EN PACIENTE CON BYPASS GASTRICO EN Y DE ROUX.

Autores: Martin Astete¹; Gabriel Astete²; Victor Contreras³; Julio Pozo⁴; Ana Maria Parra⁴.

¹Universidad del Desarrollo, ²Universidad de la Santísima Concepción, ³Universidad de Concepción. Chile.

Antecedentes: La incidencia de la Úlcera Marginal (UM) en Bypass Gástrico en Y de Roux Laparoscópico (BPGYRL) es entre un 1% a 16%. En caso de perforación lo habitual es el tratamiento quirúrgico. En la patología péptica habitual, se ha propuesto un tratamiento no quirúrgico, en condiciones especiales.

Objetivo: Se presenta una Paciente con BPGYRL y UM Perforada, tratada sin cirugía. Edad: 30 años. Seguimiento 17 meses. Remisión controlada de: Hígado Graso, Dislipidemia, Resistencia a la Insulina, Esofagitis y Obesidad Severa. Un mes antes del episodio presenta epigastralgia recurrente y reinicia hábito tabáquico y uso de AINE. Episodio de vómitos, debidos a intolerancia a una crema dental, un brusco e intenso dolor epigástrico, irradiado en cinturón. Una hora después se realiza Tomografía Abdominal que evidencia aire libre intraperitoneal. Tratamiento con antibióticos, bloqueador H2 EV y analgesia. Disminución notable de la sintomatología. Nutrición parenteral total por 10 días y control con Radiografía Contrastada, que evidencia nicho de tipo “ulceroso” en borde de unión gastroyeyunal (UGY). Alimentación progresiva, alta a los 15 días. Endoscopía a las seis semanas: cicatriz de úlcera en UGY. Por lo general, en úlcera perforada, las medidas iniciales no se diferencian entre el manejo conservador o quirúrgico. Exámenes urgentes, manejo de sepsis, bloqueadores H2, y analgesia son utilizados de manera rutinaria. Se necesita tener acceso a cuidados intensivos y contar con equipo quirúrgico permanente. En condiciones habituales, el tratamiento conservador no ha ganado amplia aceptación y puede ser controversial. Requiere de un seguimiento clínico-quirúrgico acucioso. Además, la úlcera de ubicación gástrica es proclive a presentar condiciones asociadas, como re-perforación, hemorragia digestiva, ser parte de tumores malignos, mayor mortalidad. Aún así, existen condiciones actualmente aceptadas para el tratamiento conservador, tales como: pacientes con edad avanzada y que presenten una enfermedad irreversible; o pacientes con riesgo operatorio muy alto. La condición de UM tiene una frecuencia de presentación variable, y el contexto anatómico-fisiopatológico de estos pacientes es distinto a las condiciones descritas tradicionalmente en patología gástrica. El estado actual del conocimiento permite postular un tratamiento conservador adecuado en este tipo de pacientes, siempre y cuando se cumplan condiciones de seguridad y posibilidad de seguimiento.

38 - PLICATURA LAPAROSCÓPICA DE LA CURVATURA MAYOR GÁSTRICA EN PACIENTES CON RESISTENCIA A LA INSULINA E IMC MENOR A 35 K/M², CON CONTRAINDICACIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Autores: Martin Astete¹; Gabriel Astete²; Victor Contreras³; Julio Pozo⁴; Ana Maria Parra⁴.

¹Universidad del Desarrollo, ²Universidad de la Santísima Concepción, ³Universidad de Concepción. Chile.

Introducción: Los tratamientos farmacológicos en Resistencia a la Insulina y Obesidad presentan casos con intolerancia y contraindicaciones que dejan a un subgrupo de pacientes sin tratamiento efectivo. La Plicatura Gástrica Laparoscópica de la Curvatura Mayor, ha sido realizada en Obesidad Severa y Mórbida. Se presenta catorce casos de pacientes con esta técnica, en pacientes con IMC menor a 35K/m² y Resistencia a la Insulina, más otras comorbilidades asociadas.

Material y Método: Criterios de inclusión: índice de masa corporal entre 28 y 34,4 K/m²; con Resistencia a la Insulina y uno más de los siguientes: Antecedentes familiares directos relacionados con Obesidad. Intentos formales de baja de peso, condiciones tales como: Hígado Graso, Dislipidemia, Síndrome Metabólico. Los datos de la serie: Edad promedio

34,0 años + 11,0 ds (rango: 18-54); IMC preoperatorio promedio: 30,8 K/m² + 2,4 ds. Antecedente de patologías asociadas preoperatorias en la serie: Resistencia a la Insulina 100%; Sospecha de Hígado Graso 60% (Ecografía y/o Enzimas); Dislipidemia 40%; uso de Metformina 90%; intolerancia a Metformina 100%; uso de Sibutramina previamente 100%; Antecedente de uso de Balón Intragástrico 1%. La técnica quirúrgica es la descrita en las publicaciones de referencia, con plicatura en tres planos de la curvatura mayor gástrica, más biopsia hepática del lóbulo izquierdo en el 100% de los casos.

Resultados: Seguimiento Promedio: 34 meses + 8,3 ds (rango 13 a 42 meses); Biopsia hepática concordante con esteatosis en los casos que existía sospecha ecográfica y/o enzimática. Baja de IMC en el 100% de los casos, con un promedio de postoperatorio de la serie de 24,7 K/m² + 2,8. Sin reaparición de la Resistencia a la Insulina.

Conclusión: Esta técnica restrictiva puede ser considerada una alternativa más en pacientes con Resistencia a la Insulina y Obesidad Leve, con contraindicación de tratamiento farmacológico habitual, en especial considerando su baja tasa de complicaciones quirúrgicas.

39 - BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX EN PACIENTES CON IMC MENOR A 35

Autores: Johana Smith.; Gabriel Astete²; Victor Contreras³; Julio Pozo⁴; Ana Maria Parra⁴.
¹Universidad del Desarrollo, ²Universidad de la Santísima Concepción, ³Universidad de Concepción, Chile.

Antecedentes: Las indicaciones del Consenso de Cirugía Bariátrica del INH (National Institutes of Health) establecen como límite menor un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 35. El año 2011 la Food and Drug Administration y la International Diabetes Federation admiten oficialmente procedimientos en pacientes con IMC entre 30 y 35, si tienen comorbilidades de orden metabólico.

Objetivo: Evaluación y seguimiento de pacientes con enfermedad metabólica e IMC entre 30 y 35 K/m², sometidos a Bypass Gástrico en Y de Roux Laparoscópico.

Material y Método: 67 pacientes operados entre los años 2010 y 2013. Criterios de Inclusión: con una o más alteraciones metabólicas e IMC entre 30 a 34,9. Criterios de exclusión: los estándares para cirugía Bariátrica. Total de casos: 67. Mujeres: 62 y 5 varones. Edad promedio: 36,4 años + 10,3 ds. IMC preoperatorio: 32,2 K/m² + 2,0 ds. Porcentajes de: Diabetes: 3,0 %. Resistencia a la Insulina: 100%; Dislipidemia: 31,3 %; Síndrome Metabólico: 46,2%. Hígado Graso: 35,8 %. Reflujo Gastro-Esofágico: 34,3 %. Técnica Quirúrgica: Cirugía Laparoscópica, con bolsa gástrica de 30-40 ml, gastro-yeyuno anastomosis calibrada a 10mm de diámetro con sutura manual. Asa Biliar 50 cm y asa alimentaria de 150 cm. Biopsia a todos los casos, del borde hepático izquierdo, en cuña.

Resultados: Seguimiento de la serie: 100%. Evolución promedio actualizada del total de la serie (n=67): 16,8 meses + 9,2 ds (rango 5,1 meses a 42 meses). Evolución superior a 18 meses, subgrupo (n= 32): 47,7% de la serie, con rango de 17,6 meses a 42 meses. IMC postoperatorio: 22,3 K/m² + 2,0 ds. Remisión completa, antes del tercer mes, de condiciones: Diabetes, Resistencia a la Insulina y Dislipidemia. Confirmación de Hígado Graso Posoperatoria con la biopsia: 89,6 %. Complicaciones Quirúrgicas: 2,9% (Colección Intraperitoneal). Complicaciones Médicas: 1,4 % (Atelectasia).

Conclusiones: El Bypass Gástrico constituye una herramienta terapéutica segura, que logra una remisión importante de condiciones metabólicas alteradas, sin un impacto nutricional, en este grupo de pacientes con IMC entre 30 y 35. Es ideal el seguimiento a largo plazo.

40 - GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCOPICA (MANGA GASTRICA), TECNICA

Autores: José Patiño¹; Gabriel Paiva¹; Carlos Paiva¹; Elena Yakusit¹.¹Centro Laparoscópico Paraguayo. Paraguay.

Introducción: Describimos la técnica utilizada para la realización de Gastrectomía Vertical Laparoscópica, la tasa de morbimortalidad y los resultados obtenidos en cuanto a la pérdida de IMC al año de la cirugía en el Centro Laparoscópico Paraguayo.

Material y Métodos: Se coloca al paciente en posición francesa, bajo anestesia general. Se realiza neumoperitoneo con aguja de verres y se ingresa a cavidad por trocar de 12 mm supra umbilical se colocan bajo visión directa 2 trocaries de 5 , 1 de 15 mm y 1 de 12. Se seccionan de los vasos cortos con bisturí armónico, identificación del pilar izquierdo, se procede a ubicar el píloro y se mide el margen distal de sección a 5 cm , se procede a la gastrectomía vertical con sutura mecánica 1 de 45 mm verde, 1 de 60mm verde y 3 de 60 mm azul. Surget invaginante con V-LOC, y se realiza epiploplastia de la línea de grapas. Se realiza prueba de azul de metileno comprobando la indemnidad de la misma. Control de hemostasia, extracción del estómago por trocar paraumbilical. Drenaje del lecho operatorio, cierre de la aponeurosis del orificio del trocar de 15mm.

Resultados: fueron operados 30 pacientes por laparoscopia con una mortalidad del 0 % y una tasa global de complicaciones del 3,5 %, la pérdida del exceso de IMC al año obtenida es del 71%.

Conclusión: La gastrectomía vertical laparoscópica es una técnica segura, reproducible con una buena sistematización de los pasos operatorios.

41 - ESTENOSIS GASTRO-YEYUNAL EN BYPASS GÁSTRICO Y DESCRIPCIÓN DE NUEVA TÉCNICA: ESTENOPLASTÍA TRANSYEYUNAL

Autores: Gilberto Ungson Beltran¹; Antonio Rodriguez Esquerria¹. Hospital CIMA Hermosillo. Mexico.

Introducción: Describimos la técnica utilizada para la realización de Gastrectomía Vertical Laparoscópica, la tasa de morbimortalidad y los resultados obtenidos en cuanto a la pérdida de IMC al año de la cirugía en el Centro Laparoscópico Paraguayo.

Material y Métodos: Se coloca al paciente en posición francesa, bajo anestesia general. Se realiza neumoperitoneo con aguja de verres y se ingresa a cavidad por trocar de 12 mm supra umbilical se colocan bajo visión directa 2 trocares de 5 , 1 de 15 mm y 1 de 12. Se seccionan de los vasos cortos con bisturí armónico, identificación del pilar izquierdo, se procede a ubicar el píloro y se mide el margen distal de sección a 5 cm , se procede a la gastrectomía vertical con sutura mecánica 1 de 45 mm verde, 1 de 60mm verde y 3 de 60 mm azul. Surget invaginante con V-LOC, y se realiza epiploplastia de la línea de grapas. Se realiza prueba de azul de metileno comprobando la indemnidad de la misma. Control de hemostasia, extracción del estómago por trocar paraumbilical. Drenaje del lecho operatorio, cierre de la aponeurosis del orificio del trocar de 15mm.

Resultados: fueron operados 30 pacientes por laparoscopia con una mortalidad del 0 % y una tasa global de complicaciones del 3,5 %, la pérdida del exceso de IMC al año obtenida es del 71%.

Conclusión: La gastrectomía vertical laparoscópica es una técnica segura, reproducible con una buena sistematización de los pasos operatorios.

42 - ESTENOSIS GASTRO-YEYUNAL EN BYPASS GÁSTRICO Y DESCRIPCIÓN DE NUEVA TÉCNICA: ESTENOPLASTÍA TRANSYEYUNAL

Autores: Gilberto Ungson Beltran¹; Antonio Rodriguez Esquerra¹. Hospital CIMA Hermosillo. Mexico.

Antecedentes: Las estenosis gastro-yeyunales en bypass gástrico (EGY-BPG) se clasifican: tempranas (<2 meses) y tardías (>2 meses), siendo las tempranas más frecuentes. La incidencia reportada es 3-27%. El tratamiento va desde dilataciones endoscópicas, hasta las quirúrgicas como desmantelar la anastomosis y confeccionarla nuevamente. El origen es multifactorial, involucra factores inherentes al paciente, técnica quirúrgica y ambientales.

Objetivos: La finalidad es determinar la incidencia de EGY-BPG en nuestro centro, respuesta a tratamiento endoscópico y proponer una nueva técnica quirúrgica en casos refractarios a manejo endoscópico.

Diseño: Descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional.

Material y Método: Revisamos expedientes médicos con diagnóstico de obesidad mórbida, sometidos a ByPass gástrico, de diciembre 2005 a marzo 2014, en un solo hospital (CIMA Hermosillo), realizados por un cirujano. El diagnóstico inicial fue clínico, identificando síntomas como disfagia, vomito postprandial y dolor torácico y/o abdominal. La confirmación diagnóstica mediante endoscopia. Los datos analizados fueron sexo, técnica utilizada para anastomosis, complicaciones postquirúrgicas, tratamiento y resultados.

Resultados: Se identificaron 331 pacientes sometidos a bypass gástrico, todos vía laparoscópica, 9 (2.71%) pacientes con EGY-BPG, 5 del sexo femenino y 4 del sexo masculino. Anastomosis con técnica mecánica (engrapadora lineal) en 6 casos y 3 casos con técnica manual en 2 planos, en ambos casos la anastomosis fue calibrada a 36Fr, ninguno presentó fuga postquirúrgica o úlcera periestomal. EGY-BPG tempranas en 7 (77.7%) pacientes y 2 (22.2%) tardías. En todos el manejo inicial fue mediante dilatación endoscópica, fue resuelta en 7 casos con una dilatación, 1 con 3 dilataciones y uno dentro del grupo de <2 meses persistió el cuadro y requirió cirugía revisional después de 3 dilataciones, donde se realizó estenoplastía transyeyunal con engrapadora lineal, la cual resultó exitosa sin complicación alguna. No hubo defunciones.

Conclusiones: La EGY-BPG es una complicación infrecuente, en nuestro grupo la incidencia es 2.71%, estando por debajo de lo reportado en la literatura. El 88.8% de nuestros casos fue resuelto vía endoscópica y 1 (11.1%) requirió cirugía revisional, donde aplicamos una técnica experimental que demostró resultados favorables y sin complicaciones. Sin embargo se requiere una muestra de mayor para realmente conocer su eficacia.

43 - TRATAMIENTO DE FÍSTULA GASTRO GÁSTRICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Autores: Josemberg Campos¹; Lyz Bezerra Silva¹; João Paulo Martins¹; Helga Alinho¹; Manoel Galvão Neto². ¹Universidade Federal de Pernambuco, ²Gastro Obeso Center. Brasil.

Antecedentes: La Fístula gastrogástrica (FGG) posterior a bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) puede causar dolor abdominal y la reganancia de peso. El tratamiento varía de conservador a endoscópico y abordajes quirúrgicos. Evaluamos nuestro protocolo multimodal para tratamiento de FGG en una gran serie con seguimiento a largo plazo.

Objetivo: El objetivo fue evaluar la presentación clínica y la eficacia del tratamiento conservador, endoscópico y quirúrgico.

Material y Método: Un total de 31 pacientes de nuestro centro y referidos de otros hospitales con el diagnóstico de FGG posterior a BGYR se inscribieron en este estudio. Los datos clínicos relacionados con la cirugía primaria y sus resultados, la presentación clínica de la FGG, el tratamiento indicado y sus resultados fueron registrados y evaluados.

Resultados: La fístula normalmente fue localizada en el ángulo de His (n = 16, 51,6 % de los casos). La causa más frecuente de FGG era la complicación de una fístula postoperatoria aguda (n = 17, 54,8 %). El tratamiento conservador se indicó en 11 casos asintomáticos, con cierre de la fístula en 2 de ellos. El tratamiento endoscópico se indicó cuando se produjo la obstrucción de la salida gástrica por estenosis o problemas con BGYR con banda (n = 17, 54,8 %) y eficaz en 4 casos (66,6%). El manejo quirúrgico tuvo una baja morbilidad (n = 2 casos) y sin mortalidad, mejorando la sintomatología en el 71,4 % de los pacientes. El seguimiento medio fue de 39,7 meses.

Conclusiones: En función de la causa y el momento de aparición, la FGG pueden tratarse eficazmente mediante endoscopia o cirugía, aunque la cirugía puede ser la única opción para los pacientes con fístulas más grande y crónica. Con un tratamiento exitoso el peso recuperado puede ser detenido, pero puede ocurrir una pérdida no significativa de peso.

44 - BAJA DE PESO EN GASTRECTOMÍA VERTICAL CON BYPASS YEYUNAL. RESULTADOS DE PACIENTES CON 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN

Autores: Munir Alamo, Matías Sepúlveda, Cristián Astorga, José Lagos, Nicolás Rosso. Hospital Dipreca. Universidad Diego Portales. Las Condes, Santiago de Chile.

Antecedentes: En el año 2004 se desarrolló en el Hospital Dipreca una nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la obesidad mórbida, basada en una adaptación fisiológica del estómago e intestino delgado, la Gastrectomía Vertical con Bypass Yeyunal (GVBY). Objetivo: El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados en cuanto a baja de peso de los primeros pacientes operados de GVBY.

Diseño: Estudio de cohorte prospectivo.

Materiales y Método: Se revisaron 15 pacientes operados de GVBY el año 2004 de un total de 763 hasta la fecha, registrados en una base de datos prospectiva, en el Hospital Dipreca de Santiago de Chile. Técnica quirúrgica: La GVBY consiste en crear un tubo gástrico sobre una sonda 36 french, sección del yeyuno proximal y anastomosis de asa biliar con ileon 250-300 cms distal al ángulo de Treitz. Se reportan porcentaje de pérdida del exceso de IMC (%PEIMC). El análisis estadístico fue hecho con el Stata Software 12. Se usaron estadísticas descriptivas paramétricas y no paramétricas.

Resultados: Datos demográficos: edad media de 42,6 (27-61) años y 67,1% de género femenino. El peso preoperatorio fue de 108,3+20,6 kg (84-150) y el IMC promedio fue de 40,5+6,3 kg/m² (35,3-57,8). En el 76,3% de los casos se utilizó la vía laparoscópica; la tasa de conversión fue de un 4,1%. La estadía postoperatoria fue de 4,4+1,7 días (3-8). El %PEIMC e IMC a los 1, 3, 5, 7, 9 y 10 años fue de 105,8%, 91%, 97%, 86,5%, 89,5%, 108,9% y 27,6 - 28,3 - 27,5 - 28,6 - 27,4 y 23,9 kg/m² (18,5 - 27,5 kg/m²) respectivamente. El % de seguimiento anual fue de un 100% hasta el cuarto año y luego 80%, 76,3%, 60%, 47%, 47% y 33,3% al décimo año. La única paciente con IMC>30 kg/m² a los 9 años presenta un %PEIMC de 68%. No se encontró en el seguimiento síndrome de dumping, sobrecrecimiento bacteriano o hernia interna. La mortalidad global fue de un 0%.

45- FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A ÉXITO Y FRACASO EN LA PÉRDIDA DE PESO POSTERIOR A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Autores: Javiera Lecaros¹; Claudia Cruzat-Mandich¹; Fernanda Díaz-Castrillón¹. ¹Universidad Adolfo Ibáñez.

Antecedentes: En Chile la obesidad ha ido en aumento. Los tratamientos comunes demuestran poca efectividad en la reducción del IMC y en las patologías asociadas, por lo que la cirugía se ha transformado en una alternativa efectiva para la solución de ambos problemas.

Objetivo: Describir los factores asociados al éxito y fracaso en la pérdida de peso de pacientes operados por cirugía bariátrica.

Diseño: Metodología cualitativa, basada en la Grounded Theory.

Material y método: Muestreo intencionado, en base a criterios de inclusión. 11 pacientes operados (18 y 64 años), 3 hombres - 8 mujeres; promedio de tiempo desde la operación 4 años. IMC preoperatorio entre 51,94 y 34, 45, la mayoría con obesidad mórbida. En promedio los pacientes demoran un año en reganar peso, 4 de ellos nunca llegaron a un IMC normal. Se utilizó entrevista semi-estructurada. Los pacientes firmaron un consentimiento informado. Se analizaron los datos usando categorías emergentes (codificación abierta).

Resultados: Actualmente 4 personas presentan IMC normal, 4 sobrepeso y 3 obesidad. Las categorías se distribuyen temporalmente en etapas pre-quirúrgicas, momento de toma de decisión y etapa postquirúrgica. 1.- Los pacientes no toman directamente la decisión de operarse. 2.- Las expectativas sobre lo que les va proveer la cirugía a nivel psicológico se relacionan con “solucionar las causas” de la obesidad. 3.- No siempre la obesidad es vista como un problema. Las personas se sienten conformes con su apariencia hasta que aparecen síntomas médicos. 4.- Cómo vivencian la comida: obtención de gratificación inmediata y/o ambivalente por culpa y porque es vista como droga. 5.- Tres factores facilitan la pérdida de peso postoperatorio. 6.- Factores que dificultan la baja de peso: A.- vuelven a conducta alimentaria preoperatoria. Decisivo es control de los 6 meses. B.- Complicaciones postoperatorias. C.- Conformidad con el peso alcanzado aunque no corresponde con lo normal.

Conclusiones: Todos los entrevistados evalúan de manera positiva los resultados de la operación, íntimamente relacionados con criterios de salud física más que psicológica. Importancia de la adherencia a controles postoperatorios. Importancia del cambio de hábitos alimentarios. Se discute diferencia entre el IMC normal y esperable para los equipos v/s pacientes.

46 - BY PASS GASTROYEYUNAL ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL MANUAL CALIBRADA CON SONDA.

Autores: José Patiño¹; Gabriel Paiva¹; Carlos Paiva¹; Elena Yakusit¹.¹Centro Laparoscópico Paraguayo. Paraguay.

Introducción: Describimos la técnica utilizada para la realización de By Pass Gástrico con anastomosis gastroyeyunal manual calibrada con sonda de 12mm en el Centro Laparoscópico Paraguayo.

Material y Metodo: Paciente en posición francesa, bajo anestesia general y medias antitromboticas. Se ingresa a cavidad por trocar de 12 mm supra umbilical se colocan 2 trocares de 5 y 2 de 11 mm, identificación del pilar izquierdo con disección del ligamento gastrofrenico, a 10 cm de la unión gastroesofágica disección en la curvatura menor peri gástrica con bisturí armónico llegando a la cara posterior del estomago, se secciona de forma horizontal con sutura mecánica de 45mm azul, disección roma retro gástrica hasta la identificación del pilar izquierdo, completando el reservorio gástrico con 3 suturas mecánicas de 60 mm, sección de epiplón mayor con bisturí armónico, se identifica el Angulo de Treiz localizando el asa fija, se mide 80 cm en pacientes no diabéticos y 100 cm en diabéticos se secciona el asa intestinal con sutura mecánica 45 mm blanca y se lleva el intestino para realizar la anastomosis gastroyeyunal manual con puntos de vicryl 2.0 en dos planos en la cara posterior, el primer plano con puntos separados y el segundo con puntos continuos, se abre la boca anastomotica con electro bisturí calibrado con sonda de Foucher de 12mm. Y se realiza la cara anterior con puntos separados de vicryl 2.0.se procede a realizar prueba con azul de metileno de la gastroyeyunoanastomosis comprobando la indemnidad de la misma. Se mide 250 cm de asa intestinal en pacientes con IMC de 40 a

49 y 300cm en IMC de 50 en adelante, se realiza anastomosis yeyunoyeyunal con sutura mecánica en el plano posterior y puntos de vicryl 2.0 en la cara anterior. Cierre del defecto mesentérico y espacio de Petersen con surget hilo irreabsorbible Control de hemostasia. Drenaje en el Lecho operatorio.

Resultado: fueron operados 192 pacientes por laparoscopia con una tasa de conversión a laparotomía del 2%, una mortalidad del 0% y una complicación global del 7,8 %. La pérdida del exceso del IMC lograda es del 75%.

Conclusión: La anastomosis gastroyeyunal manual es segura, reproducible con buena sistematización de los pasos operatorios.

47 - MODIFICACION DEL PERFIL LIPIDICO EN PACIENTES SOMETIDOS A MANGA GASTRICA CON IMC 30-35

Autores: Jessica Ahuad¹; Andrea Contreras¹; Carolina Gonzalez¹; Pia de la Maza¹; Jennifer Humphreys¹.¹Clinica Alemana. Santiago. Chile

Antecedentes. Los datos disponibles sobre remisión de dislipidemia en pacientes sometidos a cirugía bariátrica son principalmente en pacientes con obesidad severa, en que se ha realizado Bypass Gástrico. Existe escasa información y con datos poco consistentes, que detallan la modificación que experimenta el perfil lipídico en pacientes que se realizan una Gastrectomía vertical (gastrectomía en manga-GM) y que presentan obesidad moderada.

Objetivo. Evaluar el impacto de la GM sobre el perfil lipídico en pacientes con obesidad moderada, a un año de seguimiento.

Diseño. Estudio observacional retrospectivo.

Material y método. Se evaluaron los resultados de 47 pacientes con obesidad moderada sometidos a GM. Se revisaron: antecedentes clínicos, fármacos, tabaco, ejercicio y perfil lipídico previo a la cirugía y posteriormente en 2 tiempos de seguimiento postquirúrgicos. Tiempo 1 (3 a 6 meses) y tiempo 2 (1 año). La estadística se efectuó con ANOVA para series repetidas.

Resultados. Los pacientes analizados 29 mujeres y 18 hombres, se operaron con un IMC de 32,5 (29,2-34,9), 13 (28%) utilizaban estatinas previo a la cirugía, además el 36% reportó realizar ejercicio regularmente y un 32% eran fumadores. El perfil lipídico basal mostró: Colesterol total (CT) 195,5 ±43, LDL 121,5 ±38,6, Triglicéridos 137 ± 57,2, HDL 48 ±12.

En el seguimiento postquirúrgico, hubo un descenso significativo del IMC 25,3 ($p < 0,0005$), Triglicéridos 86 ($p < 0,0005$) y ascenso HDL 60 ($p < 0,0001$). Sin embargo, tanto el CT como el LDL no presentaron una disminución significativa ($p > 0,1$). Además, 5 pacientes suspendieron estatinas, aumentó el reporte de ejercicio (68%) y disminuyó el de tabaquismo (21%).

Conclusiones. En esta serie de pacientes, se observa que existe un descenso significativo de triglicéridos y elevación de HDL. Estos cambios se explican en parte por la importante baja de peso que experimentan. Sin embargo, la elevación del HDL no se correlaciona con la pérdida de peso, en ello podrían influir el aumento del ejercicio, el descenso del tabaquismo y algún otro factor desconocido. Tanto el colesterol total como el LDL no sufren modificaciones significativas. Esto confirma el bajo impacto que tienen los cambios de estilo de vida y la importancia de factores genéticos determinantes de la hipercolesterolemia.

48 - GASTRECTOMÍA VERTICAL - ANALISIS DE LA TECNICA EN UN CENTRO “PRO BYPASS”.

Autores: Gabriel Paiva Coronel¹; Gabriel Patiño Ruiz Díaz¹; Elena Yakusik Slobodiuk¹; Carlos Paiva Moré¹.¹Centro Laparoscópico Paraguayo. Paraguay

Antecedentes: El Centro Laparoscópico Paraguayo, especializado cirugía laparoscópica avanzada, cuenta con la mayor experiencia en Paraguay en el tratamiento laparoscópico de la obesidad desde el año 98, siendo el bypass gástrico laparoscópico la técnica predominante, sin embargo, desde hace unos años, también se agrega la Gastrectomía Vertical (manga) a las posibles opciones terapéuticas, indicándose en nuestro centro, sólo en seis situaciones especiales: 1- pacientes con edad avanzada, 2- pacientes muy jóvenes, 3- Pacientes con IMC bajo, 4- Pacientes con IMC muy alto, 5- Pacientes con cirugía abdominal abierta previa, 6- A expreso pedido del paciente.

Objetivos: Analizar los resultados de la Gastrectomía vertical o Manga en un centro Pro- Bypass.

Diseño: Observacional, retrospectivo, de corte transversal.

Materiales y métodos: Se analizaron las historias clínicas de los pacientes operados con esta técnica desde enero de 2008 hasta febrero de 2014, y se analizó la indicación de cada uno de estos pacientes, así como sus resultados a corto plazo y las incidencias en el periodo perioperatorio.

Resultados: Se encontraron 22 pacientes, de los cuales 2 fueron indicados por edad avanzada (69 y 70 años), 9 por edad precoz (17 a 23 años), por IMC bajo 5 pacientes (32 -34 más síndrome metabólico de difícil control), por IMC muy alto 2 pacientes, como cirugía de primer paso (56 y 60 de IMC), por cirugía abdominal previa o pacientes encontrados y por expreso pedido del paciente 10. En algunos casos había mas de una indicación por paciente. Con respecto a las incidencias, se encontraron dos casos con salida de azul de metileno en el control intraoperatorio que se corrigieron inmediatamente, 2 casos de estenosis aguda, debido a la sutura invaginante, que se resuelve 1 de ellas con reintervención precoz y retirada de la sutura y la otra con dilatación endoscópica. No se encontraron fístulas tardías, la mortalidad es del 0%, la calidad de vida es excelente y la pérdida de peso a corto plazo es comparable al bypass, no se analizó la reganancia de peso.

Conclusión: La manga gástrica realizada en un centro “Pro Bypass” es igualmente segura y efectiva que en centros “Pro Manga”.

49 - BYPASS GÁSTRICO SIMPLIFICADO. TÉCNICA REPRODUCIBLE

Autores: Gabriel Paiva Coronel¹; Gabriel Patiño Ruiz Díaz¹; Elena Yakusik Slobodiuk¹; Carlos Paiva Moré^{1,1}. Centro Laparoscópico Paraguayo. Paraguay

Antecedentes: El bypass gástrico es la técnica de elección más utilizada para pacientes obesos y metabólicos. Existen diferentes formas de realizar el mismo. Evaluamos nuestra experiencia con la técnica del Bypass gástrico simplificado, aprendida en centro gastro obeso del Dr. Almino Ramos en San Pablo. Brasil.

Objetivo: demostrar que el bypass simplificado es una técnica reproducible.

Diseño: Cohorte retrospectivo

Material y Métodos: Se incluyen todos los pacientes operados desde Junio del 2008 a Diciembre del 2013, en clínica Pasteur de Neuquén.

La técnica utiliza 5 trocares de ingreso. Confección de Pouch gástrico. Apertura de epiplón, se mide asa biliar 80 cm, anastomosis lineal gastro-yeyunal. Fijación de anastomosis a estomago excluso. Cierre de espacio de Petersen. Se mide asa alimentaria de 130 cm, anastomosis latero lateral con stappler lineal 45 mm. Fijación de meso intestinal. Control con azul de metileno de ambas anastomosis simultáneamente y separación de las mismas. Se trabaja en espacio supramesocolónico.

Resultados: Se operaron 270 pacientes, sexo femenino 84.5 %, edad promedio 47+- 9 años. Índice Masa Corporal Inicial de 44,6+- 6.9 kg/mts. Estadía hospitalaria fue 1.94+-0.84 días. Como comorbilidades, diabetes 19.6 %, Hta 42 %, SAOS 57%, Dislipidemia 35.9% y osteoartrosis 68 %. El porcentaje de exceso de peso perdido promedio fue de 68 +- 23. Mayor a 75 % en 97 pacientes (35%) con un promedio de 93.3+-

15. Las complicaciones quirúrgicas graves en 7 pacientes (2,59%) , Fístula en 0.74% , oclusión intestinal 0.34% , hemorragia 0.34 % , estenosis en 0.74% y perforación intestinal 0.34%. Como complicaciones alejadas, predomina anemia 47 % , caída cabello 44,4 % , neuropatía 1.48%), dumping 0.37% eventración 0.74 % , dolor recuente 0.34% e hipoproteinemia 0.34%. La mortalidad general fue 2 pacientes. 0.74 %. El tiempo promedio de seguimiento fue de 1,8 años y la pérdida de seguimiento del 15,8 %. La mejoría de comorbilidades es evidente en diabetes 88% remisión y mejora 10 %. Hipertensión Arterial, remisión en 91 %, la dislipidemia en 95 %. SAOS en 100 %.

Conclusiones: 1-La técnica bypass gástrico simplificado es reproducible, segura con mínimas complicaciones y baja morbimortalidad. 2-Produce una buena pérdida de peso y mejora sustancial de comorbilidades.

50 - TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DE FISTULAS EN GASTRECTOMIA VERTICAL

Autores: Federico Jorge Keten¹; Daniel Oscar Caiña¹; Mariano Calero¹; Matias Dolado¹; Sebastian Loda¹. ¹Centro de Obesidad y Enfermedades Metabólicas “Dr. Alberto Cormillot”, Malvinas Argentinas, Buenos Aires.

ANTECEDENTES: La gastrectomía vertical es una técnica considerada sencilla para el tratamiento de la obesidad mórbida. La complicación más temida de esta técnica es la fistula del tercio superior junto a la unión esófago-gástrica, cuyo incidencia varía entre el 0-20%.

OBJETIVOS: Determinar la presentación, evolución postoperatoria y tratamiento de las fistulas postgastrectomía.

DISEÑO: Estudio retrospectivo mediante análisis de historias clínicas y seguimiento del pacientes con fistulas, en el periodo de septiembre del 2010 a febrero del 2014.

MATERIAL Y METODOS: Se realizo gastrectomía vertical laparoscópica en 500 pacientes; de los cuales 4 pacientes intercurrieron con fistulas gástricas; concurriendo a consulta por presentar dolor abdominal y fiebre, asociado a nauseas, vómitos e intolerancia alimentaria.

Dos pacientes desarrollaron una fistula gástrica de tipo gastrocutanea a los 15 días, que resolvieron con sistema vacío y compactación. El tercero, intercurrió con fistula gástrica y colección perigástrica a los 20 días, requiriendo stent gástrico y drenaje percutáneo perigastrectomía. Resolviéndose con extracción de stent gastrico y la colocación de clips en orificio remanente. El cuarto paciente, intercurrió con dos fistulas crónicas y colección perigástrica, a los 45 días. Requiriendo drenaje percutáneo en colección y colocación de dos stent gástricos. Ante la falta de resolución, se decide realizar una gastrectomía total y esofagoyeyunoanastomosis en Y de Roux, con buena evolución. Todos los paciente requirieron tratamiento multidisciplinario, con internación, nutrición parenteral y enteral, nada vía oral, antibioticoterapia y controles tomográficos seriados.

RESULTADOS: La gastrectomía vertical es una técnica sencilla en el tratamiento de la obesidad mórbida, sin embargo, sus complicaciones ponen en peligro la vida. Las fistulas aparecen generalmente luego de varios días del postoperatorio con el paciente externado y en su domicilio, asociado a dolor abdominal con fiebre, nauseas, vómitos e intolerancia alimentaria. Requiriendo un tratamiento multidisciplinario.

CONCLUSION: El manejo de la fistula gástrica es complejo y requiere la experiencia para diagnosticarlas y tratarlas de manera multidisciplinaria, siempre teniendo en cuenta el estado general del paciente y tratando de realizar una resolución rápida, ya que su cronificación complica más la resolución final.

51 - ANÁLISIS DE LOS EFECTOS DE BGYR EN DIABETES TIPO 2 ASOCIADA A SOBREPESO

Autores: Vladimir Curvelo¹; Lyz Bezerra Silva¹; Daniel Lins¹; Alvaro Ferraz¹; Josemberg Campos¹.¹Universidade Federal de Pernambuco. Brasil.

Antecedentes: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y el síndrome metabólico (SM) son pandemias sin un control clínico adecuado. La cirugía bariátrica proporciona una buena resolución de la DM2 en obesos, los efectos de bypass gástrico en Y de Roux son aún desconocidos en diabéticos sin obesidad.

Objetivo: Evaluación de la eficacia y la seguridad de BGYR en el tratamiento de la DM2 sin control clínico asociada a sobrepeso.

Metodología: Fue analizada prospectivamente una población sometida a BGYR, comparándose variables clínicas y laboratoriales en el pre y pos-operatorio. El grupo consta de 17 pacientes, y tuvo un seguimiento medio de 20 meses, presentó una media de IMC 27,7 Kg/m² y HbA_{1c} de 10,2%, con un tiempo de diagnóstico de DM2 hace 10,4 años.

Resultados: 1- La remisión de la DM2 fue de 29% (n=5). 2- El control glicémico sin drogas fue obtenido en el 35% de los casos (n=6), independientemente de las medicaciones en 53% (n=9). 3- El Síndrome metabólico fue reducido de 62% a 54%, con disminución a la mitad del riesgo de eventos coronarios. 4- La reducción del 18% del peso. No hubo mortalidad, morbilidad grave, desnutrición o casos con IMC por debajo de 20 Kg/m². El menor tiempo de enfermedad proporcionó mejores resultados, por lo que no existe interferencia en cuanto al grado de IMC o uso de insulina.

Conclusión: Lo BGYR es una opción segura y eficaz en el tratamiento del SM y de la DM2 en pacientes no obesos a corto plazo.

52- MANEJO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA GASTROCUTÁNEA AGUDA.

Autores: Josemberg Campos¹; Pedro Monsalve²; Sirio Melone²; Paola Dongo³; Lyz Bezerra¹. ¹Universidad Federal Pernambuco, ²Hospital Universitario de Caracas, ³Clinica De dia Avendaño. Brasil.

ANTECEDENTES: El Bypass Gástrico se ha convertido en un procedimiento estándar para tratar la obesidad que no está exento de complicaciones tales como: sangrado, estenosis y fístula; que cursa con elevada morbi-mortalidad. La aparición de una fístula ocurre hasta en un 0.9 a 2 %, resultando en sepsis abdominal, alteraciones respiratorias y una disminución drástica de la calidad de vida.

OBJETIVO: Mostrar un tratamiento endoscópico viable para la fístula, secundaria a Bypass gástrico, sin necesidad de recurrir al tratamiento quirúrgico

DISEÑO: Se presenta un caso de fistula gastrocutánea de 1 año de evolución, tratado en múltiples ocasiones sin éxito. Paciente masculino de 41 años de edad quien fue sometido a Gastrectomia Bypass Gástrico en 2012, complicado con desconexión de la gastroenteroanastomosis y formación de fístula gastrocutánea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los procedimientos fueron realizados en sala de endoscopia, bajo sedación profunda. El tratamiento inicial consiste en la corrección anatómica del drenaje gástrico. Las endoscopias posteriores se realizaron según la evolución del paciente. Se identificó y se seccionó el septo en varias ocasiones (septotomía); acompañado de dilatación mediante balón neumático de 30mm de diámetro con una insuflación de hasta 5 PSI y colocación de prótesis metálica autoexpansible.

DISCUSIÓN: La desconexión de la gastroenteroanastomosis está descrita como una complicación temprana del Bypass Gástrico, con el desarrollo de fístula con un tiempo de presentación entre 3 semanas y 45 meses.

CONCLUSIONES: El tratamiento endoscópico es un tratamiento viable, que obtiene la mejoría pronta del paciente (la resolución de la sepsis) y la cura de la fístula, evitando reintervenciones quirúrgicas. El fundamento de este tratamiento se basa en orientar la anatomía y restablecer la fisiología gástrica.

53- SINDROME METABÓLICO Y SINDROME DE APNEA HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Autores: Juliana Valeria Gómez¹; Clarisa Nora Reynoso¹; Eduardo Borsini¹; Marta Hevia¹; Marina Curriá¹. ¹Hospital Británico de Bs As.

Introducción: El síndrome metabólico (SM) y particularmente la obesidad central e insulinoresistencia/diabetes, pueden influir en el desarrollo del Síndrome de Apnea Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS), presentando una prevalencia del 2 al 4% en población general. En obesos mórbidos se evidencia un dramático aumento.

Objetivos:

- Evaluar la prevalencia de SM y SAHOS en candidatos a cirugía bariátrica (CB).
- Relacionar severidad del SAHOS con los componentes del SM.
- Evaluar la relación IMC e Índice cintura cadera (ICC) con SAHOS y SM.

Diseño: Observacional y descriptivo

Material y Método: Desde 5/2012 a 12/2013 se registraron parámetros antropométricos, (según Consenso Argentino de Nutrición en CB); metabólicos e Índice de apnea por hora (IAH) en candidatos a CB. El IAH se obtuvo mediante poligrafía respiratoria (PR) domiciliaria. Se consideró SAHOS leve: $5 \leq \text{IAH} \leq 30$. Se definió SM según criterios de Federación Internacional de Diabetes (IDF). Tests Estadísticos: Correlación de Spearman y regresión logística. Se utilizó InfoStat versión 2013.

Resultados: Se evaluaron 48 pacientes, 33 mujeres (69%). Mediana: Edad 47,5 (19-70), IMC 43,5 (35,7-68,1), CC 127,5 (96-190), Glucemia 105 (75-290), HDL 43 (24-96), TAG 140 (68-433), ICC 0,95 (0,74-1,24), TAS 130 (100-170), TAD 80 (60-100), IAH 10 (00-78).. Del total de pacientes estudiados 41 (85%) presentaron SM; 38 (79,2%) SAHOS; de los cuales 50% grado leve, 12% moderado, 17% severo. Hipertrigliceridemia: 50%, HDL disminuida: 67%; hiperglucemia: 56%; hipertensión: 71%; CC aumentada: 100%. Glucemia y CC presentaron correlación estadísticamente significativa con IAH ($p < 0,05$). El análisis de regresión logística de SAHOS vs IMC e ICC mostró que ninguna de las dos variables tiene relación estadísticamente significativa con SAHOS. El mismo resultado se encontró al analizar SM vs IMC e ICC.

Conclusión: Más de 2/3 de candidatos a CB presentaron SM y SAHOS. De las variables que integran el SM las de mayor prevalencia fueron CC e HTA. El ICC e IMC no evidenciaron relación estadística con SAHOS y con SM. Se evidenció que los valores de glucemia y CC fueron directamente proporcionales a la severidad del SAHOS, por lo que es indispensable la corrección de la obesidad.

54 - HEMORRAGIA DIGESTIVA A NIVEL DE LA ANASTOMOSIS ENTERO-ENTÉRICA EN EL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO, ¿ES PREVENIBLE?

Autores: Jorge Saba¹; Magdalena Bravo²; Jorge Zajjur¹; Matias Sepúlveda¹; Juan Muñoz¹. ¹Hospital Dipreca, ²Hospital Luis Tisné. Chile.

ANTECEDENTES: La hemorragia digestiva postoperatoria (HDP) de un bypass gástrico laparoscópico (BGL) es una complicación grave. Nuestro objetivo es lograr la reducción de la incidencia de HDP precoz a través del refuerzo de la sutura mecánica de la entero-entero anastomosis.

OBJETIVO: Comparar la incidencia de HDP usando sobresutura de la línea de grapas de la entero-entero anastomosis.

DISEÑO: Estudio retrospectivo.

MATERIALES Y MÉTODO: Revisión de base de datos, se analizaron 450 pacientes sometidos a BGL, operados entre Enero del 2008 y Diciembre 2013. En el primer grupo (n:312) se realizó refuerzo de toda la línea de corchetes de la entero-entero anastomosis, con sutura continua con poliglecaprone 3-0 (Monocryl, Ethicon). En el segundo grupo (n: 138), no se realizó refuerzo de la entero-entero anastomosis. En la totalidad de los pacientes se realizó un BGL. Técnicamente comparables. Se comparó la incidencia de HDP entre ambos grupos.

RESULTADOS: En el primer grupo (con refuerzo), la incidencia de HDP fue cero. En el segundo grupo, la incidencia de HDP fue de 5,8% (8 pacientes), la cual se manifestó por hematoquezia, taquicardia y caída del hematocrito. Sólo un paciente requirió de transfusión de glóbulos rojos. No hubo mortalidad en la serie.

CONCLUSIONES: Nuestra serie muestra un beneficio en el refuerzo de la línea de corchetes de la entero-entero anastomosis en el BGL con sutura por cuanto evitó la HDP.

55 - FÍSTULA GASTROGÁSTRICA DESPUÉS DE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CLÍNICO, ENDOSCÓPICO Y QUIRÚRGICO

Autores: Josemberg Campos¹; Sirio Melone²; Pedro Monsalve²; Paola Dongo³; Lyz Bezerra¹; Manoel Galvao⁴; Alvaro Ferraz¹. ¹Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE – Brazil, ²Hospital Universitario de Caracas, CCS, Venezuela, ³Clínica de día Avendaño. Lima, Peru, ⁴Gastro Obeso Center, São Paulo, SP – Brazil.

Antecedentes: La fístula gastrogástrica (FGG) después de bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR) tiene una incidencia de hasta el 6%. En la actualidad no hay consenso sobre la mejor opción de tratamiento y el momento del inicio de las intervenciones endoscópicas y quirúrgicas.

Objetivos: Relatar la experiencia clínica resultante del seguimiento de pacientes con FGG sometidos a tratamiento médico, quirúrgico y endoscópico.

Diseño: Estudio observacional longitudinal retrospectivo.

Material y método: Seguimiento retrospectivo de 31 pacientes quienes presentaron FGG después de BPGYR, tratados en el Hospital Das Clínicas - UFPE. La media de seguimiento fue 39,7 meses.

Resultados: Los principales motivos de consulta fue dolor epigástrico (51,6%) y reganancia de peso (48,3%). El diagnóstico fue endoscópico en todos los casos. Para ese momento el IMC promedio fue de 34. El tratamiento quirúrgico fue indicado en los casos de fracaso del tratamiento médico y reganancia de peso. Técnicas quirúrgicas utilizadas: sección de la fístula en 9 casos y gastrectomía del estómago excluido. Terapia endoscópica utilizada: Aplicación de clips, dilatación con balón y colocación de prótesis. Hubo cierre de la fístula en todos los casos y resolución de los síntomas en 71 %.

Conclusiones: Las técnicas endoscópicas solo resuelven casos agudos. El tratamiento quirúrgico es efectivo aunque asociado a mayor morbilidad.

56 – Y DE ROUX (BGYR) LOGRA UNA REMISIÓN TOTAL O PARCIAL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

Autores: Jorge Saba¹; Magdalena Bravo²; Jorge Zajjur¹; Matias Sepúlveda¹; Juan Muñoz¹. ¹Hospital Dipreca, ²Hospital Luis Tisné. Chile.

Antecedentes: Existe evidencia suficiente para afirmar que el bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) logra una remisión total o parcial de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Sin embargo, son muy escasas las publicaciones que reflejan el efecto inverso.

Objetivo: Reportar la reaparición de la DM2 luego de revertir el BGYR.

Diseño: Reporte de caso. Retrospectivo.

Material y Método: A través de la revisión de la ficha clínica, se obtuvieron los siguientes datos: edad, peso, estatura, índice de masa corporal (IMC), género, comorbilidades, complicaciones postoperatorias, glicemia, hemoglobina glicosilada (HbA1c), durante el preoperatorio y postoperatorio del BGYR, y durante el postoperatorio de la reversión del BGYR.

Resultados: Paciente de género femenino, edad 46 años, peso 108 Kg., estatura 1,62 M., IMC 41, portadora de DM2 insulino requirente (usuaria de metformina 850 mg cada 12 horas y 60 unidades de insulina lenta diarias). En Septiembre del 2009 fue sometida a un BGYR laparoscópico sin complicaciones, con IMC postoperatorio mínimo de 25. La DM2 evoluciona con remisión total. Debido a una diarrea crónica intratable de un año de evolución, en Junio del 2013 se revirtió el BGYR por vía laparoscópica, logrando el control de la diarrea, sin embargo, en menos de 1 mes y sin mediar aumento significativo de peso, reapareció la DM2.

Conclusiones: Este caso muestra el potente efecto metabólico del BGYR en DM2.

57 - REMOCION ENDOSCOPICA DEL ANILLO EN PACIENTES SOMETIDOS A DERIVACION GASTRICA EN Y DE ROUX UTILIZANDO PROTESIS PLASTICA AUTOEXPANDIBLE.

Autores: Josemberg Campos¹; Sirio Melone²; Pedro Monsalve²; Paola Dongo³; Lyz Bezerra¹; Manoel Galvao⁴; Alvaro Ferraz¹. ¹Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE – Brazil, ²Hospital Universitario de Caracas, CCS, Venezuela, ³Clínica de día Avendaño. Lima, Peru, ⁴Gastro Obeso Center, São Paulo, SP – Brazil.

Antecedentes: La colocación de anillo en derivaciones gástricas en Y de Roux está asociada a intolerancia alimentaria post operatoria, cuyo tratamiento clásico ha sido la remoción de este quirúrgicamente.

Objetivos: Analisar la eficacia y seguridad de remoción de anillo endoscópicamente.

Método: Estudio prospectivo, longitudinal con una muestra de 41 pacientes con intolerancia alimentaria y presencia de anillo, tratados endoscópicamente entre el 2007 y 2013. Edad promedio de 44, 1 años, IMC medio de 27 Kg/m². El síntoma principal fue vómitos. Definición de éxito: mejora de síntomas posterior a la remoción del anillo. La colocación de la prótesis se realizó bajo anestesia general vía endoscópica fluoroscopia. Los pacientes fueron dados de alta 24 horas después del procedimiento, con indicación de dieta líquida e IBP.

Resultados: La prótesis promovió la erosión completa del anillo en 24 pacientes (58.5%), permitiendo la remoción inmediata, Hubieron tres casos de migración de la prótesis con eliminación espontánea. El efecto adverso mas comun fue vómitos. El seguimiento posterior fue de 6 meses donde no se encontro cambios significativos del IMC.

Conclusiones: La remoción del anillo vía endoscópica con uso de prótesis demostró ser un procedimiento seguro y eficaz, con un 100% de anillos removidos.

Esta técnica es una alternativa para la remoción de anillo, evitando las intervenciones quirúrgicas y reduciendo la posibilidad de reganancia de peso

58 - FÍSTULA GASTRO BRONQUIAL CRÓNICA DE GASTRECTOMÍA EN MANGA. CURA A TRAVÉS DE SEPTOTOMIA ENDOSCÓPICA DESPUÉS DE FALLA QUIRÚRGICA.

Autores: Josemberg Campos¹; Paola Dongo²; Lyz Becerra¹; Sirio Melone³; Pedro Monsalve³.
¹Universidade Federal Pernambuco, ²Clinica De día Avendaño, ³Hospital Universitario, Caracas. Brazil.

ANTECEDENTES: Desde su creación, la gastrectomía en manga se ha convertido en un procedimiento estándar para tratar obesidad. Esta tiene efectos adversos: sangrado, estenosis y fugas, con elevada morbi-mortalidad.(2)

La aparición de una fistula gástrica, ocurre hasta en un 0.9 a 2 % (3), resultando en sepsis abdominal y alteraciones respiratorias, especialmente en la base pulmonar izquierda.(4)

Los principales mecanismos son: isquemia del ángulo de Hiss, estenosis e hipertensión intragástrica.

OBJETIVO: Mostrar un tratamiento endoscópico, viable, necesidad de cirugía.

DISEÑO: Se presenta un caso de fistula gastro bronquial de 2 años de evolución, tratada anteriormente sin éxito alguno.

Paciente mujer de 34 años de edad, fue sometida a Gastrectomía en manga en el 2012.

Material y métodos: Los procedimientos son realizados en sala de endoscopia, bajo sedación profunda. El tratamiento inicial consiste en la corrección anatómica de la manga gástrica. Las endoscopias posteriores se realizan según la evolución del paciente. Septotomía: Una vez identificado el septo, este es seccionado. Dilatación: Se realiza mediante un balón neumático de 30mm de diámetro con una insuflación de hasta 5 PSI. Colocación de prótesis metálica auto expansible **Discusión:** La presentación de fistula gastro bronquial, esta descrita como complicación tardía, con un tiempo de presentación entre 3 semanas y 45 meses. (7).

CONCLUSIONES: El tratamiento endoscópico es un tratamiento viable, que obtiene la cura de las fistulas y evita reintervenciones quirúrgicas. (11) Se basa en orientar la anatomía y fisiología gástrica.

59 - GASTRECTOMIA EN MANGA LAPAROSCOPICA POR PUERTO UNICO

Autores: Jose Ignacio Fernandez¹; Carlos Farias¹; Cristian Ovalle¹; Carolina Cabrera¹; Jaime de la Maza¹. ¹Centro Intergal de Nutrición y Obesidad - Clínica Tabancura. Santiago. Chile.

Antecedentes: La gastrectomía en manga transumbilical fue descrita por primera vez en el 2009; desde entonces se han publicado múltiples trabajos con diferentes tipos de acceso transumbilical.

Objetivo: Presentar la técnica y resultados quirúrgicos de gastrectomía en manga por incisión única (GMIU), sin elementos de asistencia extraumbilical.

Diseño: Estudiodescriptivo.

Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes sometidos a GMIU. La técnica quirúrgica consiste en una incisión transumbilical, introducción del sistema Gelpoint. Disección de curvatura mayor gástrica, desde 4cm proximal al píloro hasta el pilar izquierdo del diafragma. Sección gástrica con stapler EchelonFlex, calibrada con sonda de 36fr. Se utiliza un separador hepático de 8mm a través de GelPoint.

Resultados: 71 mujeres (97%) y 2 hombres (3%), fueron sometidos a GMIU. El IMC y edad promedio fue de 34 ± 3.2 Kg/m² (rango 30-42.7 kg/m²), y 34.2 ± 9.2 años, respectivamente. Tiempo operatorio promedio de 48.8 ± 10 min (rango 25 – 100 min) como procedimiento único. En cinco pacientes se requirió un trocar accesorio. Una paciente presento una trombosis portal. No hubo mortalidad. Tiempo de hospitalización promedio fue de 2.4 ± 2 días. El resultado cosmético final fue calificado como satisfactorio en el 100% de los pacientes.

Conclusión: La GMIU es un procedimiento seguro con la técnica expuesta, realizable en tiempos operatorios razonables y con instrumental laparoscópico convencional.

60 - ¿ES LA CIRUGÍA BARIÁTRICA UN PROCECIMIENTO SEGURO EN PACIENTES MAYORES DE 55 AÑOS?

Autores: Raquel González-Heredia MD, PhD, Mario Masrur, MD, E. F Elli MD FACS. University of Illinois at Chicago, Chicago, Illinois, USA.

Introducción: Existe controversia en cuanto a la efectividad y seguridad de los procedimientos de cirugía bariátrica en pacientes de avanzada edad. Ya ha sido publicado que el bypass gástrico laparoscópico no debería ser denegado como procedimiento bariátrico teniendo tan solo en cuenta la edad. Con este estudio evaluamos los resultados de la cirugía bariátrica en pacientes mayores de 55 años.

Material y Métodos: Un total de 609 pacientes fueron intervenidos de manera consecutiva realizándose una cirugía bariátrica mínimamente invasiva, bien bypass gástrico o gastrectomía vertical, entre Enero 2008 y Enero 2014. 77 del total de pacientes eran ≥ 55 años. Establecimos otros subgrupos dentro de esos 77 pacientes, 35 pacientes eran ≥ 60 años y solo 10 pacientes eran ≥ 65 años. Se realizó un análisis estadístico comparando los pacientes divididos en dos grupos: grupo < 55 años incluía a 532 pacientes con una edad media (\pm SD) de 38.93 ± 8.07 años: grupo ≥ 55 incluía a 77 pacientes con una edad media (\pm SD) de 60.36 ± 4.06 años. La media del índice de masa corporal (IMC) preoperatorio fue de 49.21 ± 7.62 y 49.42 ± 8.36 kg/m², respectivamente. Morbilidad (30 días) y resultados a los 6, 12 y 24 meses de seguimiento, fueron evaluadas.

Resultados: Diferencias significativas fueron encontradas en cuanto a las comorbilidades comparando a los pacientes < 55 años con los pacientes ≥ 55 años. Los datos aparecen resumidos en la tabla 1. En cuanto a las complicaciones, una fuga de la línea de sutura y 2 conversiones a cirugía abierta fueron registradas en el grupo < 55 años; a pesar de ello no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a complicaciones, conversiones a cirugía abierta y mortalidad. La media de estancia hospitalaria en el grupo < 55 años fue de 2.8 ± 3.2 días y en el grupo ≥ 55 años fue de 2.87 ± 0.95 días, sin diferencias significativas. La media del exceso de peso perdido (EWL) a los 6 meses de seguimiento fue $43.1\% \pm 0.19$ y $55.7\% \pm 0.18$ respectivamente. La media del EWL a los 12 meses de seguimiento fue $50.3\% \pm 0.21$ y $55.5\% \pm 0.23$ respectivamente. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al EWL a los 6 y 12 meses de seguimiento.

Conclusiones: La cirugía bariátrica es eficaz y segura como procedimiento en pacientes con un mayor riesgo quirúrgico debido a un mayor número de comorbilidades y logra que los resultados y el índice de complicaciones sea comparable a los de una población más joven.