

IFSO Latinoamericano 2014 (IV)

1- CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA EN MANGA A BYPASS GASTRICO

Autores: Moser Federico, Viscido Germán, Navarro Luciano, Signorini Franco, Obeide Lucio.

INTRODUCCIÓN: paciente de sexo femenino de 27 años. Inicia valoración multidisciplinaria con un peso de 120 kg e IMC de 48.1 kg/m^2 . Sin comorbilidades de relevancia. No presenta antecedentes de pirosis ni enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). El tránsito esofagogastroduodenal evidencia pequeña hernia de Hiato confirmada por VEDA sin esofagitis. Se realiza Gastrectomía en Manga calibrada con bujía de 42 Fr y reparación de hernia de Hiato con buena evolución postquirúrgica inmediata.

Al tercer mes del postoperatorio relata síntomas de reflujo que mejoran con inhibidores de Bomba de Protones (IBP). Al noveno mes postoperatorio la paciente tiene un IMC de 31 kg/m^2 .

A dos años de operada vuelve a los controles con un peso de 81 kilos e IMC 32.5 kg/m^2 . Refiere episodios de pirosis, acompañados de disfagia e intolerancia alimentaria con vómitos ocasionales a pesar del tratamiento con antiácidos. Se solicita VEDA que evidencia hernia de hiato con Esofagitis grado IV (Los Ángeles). Se indica tratamiento médico con proquinéticos e IBP con poca respuesta al mismo. Debido a ello se decide cirugía de conversión a Bypass Gástrico en Y de Roux.

DESCRIPCION DE LOS CONTENIDOS: se realiza neumoperitoneo y colocación de trócares según técnica. En la semiología de cavidad se observa manga gástrica parcialmente herniada al tórax a través del hiato esofágico con importante defecto hiatal. Se procede a la disección de la porción gástrica herniada y de ambos pilares diafragmáticos. Reducción completa de la manga al abdomen obteniendo un buen segmento de esófago abdominal. Se repara el defecto hiatal sobre bujía con puntos separados de Ethibond 2.0. Posteriormente se procede a realizar Bypass gástrico en Y de Roux. Se confecciona Gastro- yeyuno-anastomosis término-lateral con sutura mecánica, asa alimentaria de 120 cm y anastomosis en Y de Roux látero-lateral. Se coloca drenaje de cavidad en la lodge quirúrgica.

Buena evolución postoperatoria, con alta hospitalaria al 3er día. A tres meses de control la paciente se encuentra asintomática.

OBSERVACIONES: la conversión a Bypass gástrico en Y de Roux en pacientes con gastrectomía en manga y ERGE o Esofagitis refractarios al tratamiento médico representa una excelente alternativa terapéutica.

2- PLICATURA GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Autores: Oliva M., Buso Adrian, Talia Agustin, Sosa Gallardo N., Sosa Gallardo C.. CTOM. Córdoba, Argentina.

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

Objetivos: El objetivo de esta presentación es explicar y describir la técnica quirúrgica de la PGL, así como, mostrar la evolución de la misma en los 12 meses de seguimiento a través del TEGD y Videoendoscopia.

Diseño: Video Descriptivo.

Materiales y Métodos: Utilizamos la PGL para el tratamiento de la obesidad mórbida en pacientes bien seleccionados con un IMC de hasta 45, como alternativa a otras técnicas. Para el desarrollo de la técnica se utilizaron 5 trocares. Se comienza el procedimiento realizando la gastrolisis de la curvatura mayor, utilizando bisturí ultrasónico (Harmonic Ace®). La Plicatura de la curvatura mayor fue realizada en 3 planos, calibrando estómago con sonda orogástrica de 33 F. desde el pilar izquierdo del diafragma hasta 5-6 cm. proximal al píloro; el primero de ellos con puntos separados de Poliéster 2.0 (Ethibond Excel®) y los dos planos restantes con Polipropileno 2.0 (Prolene®). Se realiza endoscopia intraquirúrgica control. Se ofreció drenaje al acecho en todos los casos. Se realizó control post-operatorio con TEGD al mes y Videoendoscopia a los 12 meses.

Resultados: Se aplicó la técnica a 15 pacientes en el periodo de los últimos 14 meses (enero 2013 a marzo 2014). El tiempo promedio de cirugía fue de 60 minutos. Estadía hospitalaria 72 hs. Complicaciones: hemorragias (2), neumonía (1).

Conclusión: La PGL es una técnica quirúrgica que surge como alternativa a otros procedimientos bariátricos restrictivos teniendo en cuenta una buena selección de los pacientes. Es reproducible, a un costo mucho menor que otros procedimientos quirúrgicos. Todavía no hay un seguimiento a largo plazo de esta técnica para determinar sus resultados.

3 - CONVERSION DE MANGA A BYPASS EN PACIENTE CON REGANANCIA DE PESO

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

Paciente masculino de 55 años de edad, que consulta por reganancia de peso luego de haberse realizado una gastrectomía vertical (140kg, IMC 49kg/m²) en 2008. Logró un descenso de peso de 30kg que recuperó presentando además reflujo gástroesofágico, hipertensión arterial y apneas del sueño. Se realiza VEDA que muestra manga con fondo gástrico dilatado que se confirma con una Rx SEG. Se realiza conversión de manga gástrica a bypass gástrico por vía laparoscópica. No hubo complicaciones postoperatorias. Descenso de peso de 30kg en 4 meses con resolución de los síntomas de RGE.

4 - COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: PANCREATITIS POST MANGA GÁSTRICA

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

Paciente de sexo femenino de 39 años de edad, que en el año 2009 se coloca banda gástrica ajustable con 98kg, IMC 35kg/m². Evoluciona en forma favorable, necesitando un recambio del sitio de puerto en 2012 por dolor. Nos consulta por pérdida de restricción de la banda y reganancia de peso a pesar de varios ajustes realizados a la misma. Se diagnostica pérdida de contraste cuando se inyecta en el sistema por lo que se decide realizar conversión de banda gástrica a gastrectomía vertical por laparoscopia. Al 4to día postoperatorio la paciente presenta dolor abdominal y fiebre. Se realiza TC de abdomen que evidencia derrame pleural izquierdo y líquido libre en cavidad, sin fuga del contraste oral. Se decide laparoscopia exploradora evidenciando un páncreas edematizado con foco de citoesteatonecrosis, líquido serohemático libre y se descarta la presencia de fístula. La evolución postoperatoria fue favorable, resolviendo el cuadro febril con terapia antibiótica.

5 - SIMULACIÓN REALÍSTICA: BYPASS GÁSTRICO PASO A PASO

Autores: Liceaga Fuentes Adriana. Lyra Marcos; Romeo Armando. Hospital Angeles del Pedregal, Mexico

Introducción: Los procedimientos laparoscópicos avanzados requieren de una alta y compleja variedad de destrezas. Adquirir todas las habilidades necesarias para enfrentar procedimientos complejos requiere de entrenamiento fuera del quirófano mediante simulación que permita replicar lo que sucede en el quirófano en el día a día.

Material y métodos: Se muestran los videos de simulación realística para entrenamiento laparoscópico avanzado.

Resultados: El entrenamiento mediante simulación realística se ha utilizado satisfactoriamente en numerosos centros de entrenamiento, consiguiendo la adquisición de destrezas avanzadas de una manera ética, segura y replicable.

Conclusiones: La simulación realística es una herramienta que se está utilizando exitosamente para el entrenamiento de cirujanos laparoscopistas. Permite un entrenamiento, ético, seguro y capaz de replicar las situaciones que suceden en la sala operatoria.

6 - FUNDAMENTOS ESENCIALES PARA REMOVER LA BANDA GÁSTRICA: AGUDO, ELECTIVO Y ENDOSCÓPICO.

Autores: Martin A. Berducci MD, Ryan C Broderick MD, Cristina R Harnsberger MD, Catherine Beck MD, Alberto S Gallo MD, Hans Fuchs MD, Moneer Almadani MD, Byran J Sandler MD, Garth R Jacobsen MD, Santiago Horgan MD. Division of Minimally Invasive Surgery, University of California San Diego.

Introducción: La Banda Gástrica Ajustable es uno de los procedimientos bariátricos más realizados en el mundo. Hoy en día ha dejado de ser el gold standard ya que el Bypass Gástrico y la Gastrectomía Vertical en Manga son superiores por los resultados ya conocidos. El objetivo de nuestro video es presentar distintas situaciones que pueden presentarse al retirar una Banda Gástrica en un paciente.

Descripción del Video: Presentamos tres pacientes, en uno de ellos se realiza extracción de Banda de Urgencia por Abdomen Agudo y Sepsis por Vía Laparoscópica. El segundo paciente fue durante un procedimiento electivo por inadecuado descenso de peso y con el objetivo de programar una cirugía de revisión. Y el tercer caso se elige la Vía Endoscópica para extraerla ya que el paciente cursaba una de las complicaciones de este procedimiento que es la Erosión.

Conclusión: Son muchos los abordajes que podemos utilizar para remover una Banda Gástrica, pero cada uno depende de la situación y la indicación de la misma. Por ello es que en manos de cirujanos especializados, estos procedimientos son realizados a diario con bajo índice de complicaciones.

7 - MANEJO LAPAROSCOPICO DE HERNIA HIATAL Y REGANACIA DE PESO EN PACIENTE CON BYPASS GASTRICO.

Autores: Alberto S Gallo MD, Martin A Berducci MD, Catherine Beck 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 of Minimally Invasive Surgery, University of California San Diego.

Introducción: La cirugía bariátrica se convirtió en una parte integral del tratamiento de la obesidad mórbida con indicaciones muy bien definidas. Las cirugías para revisiones son reservadas para pacientes con complicaciones o que fallaron en perder peso. La hernia hiatal y reflujo gastroesofágico son complicaciones bien descritas. A pesar de que la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos, muchos se quejan de reflujo severo y otros síntomas atípicos que no responden al tratamiento médico.

Objetivos: El objetivo de este video es presentar el tratamiento laparoscópico de una hernia hiatal en una paciente con un bypass gástrico previo con dolor abdominal epigástrico crónico, regurgitación y ganancia de peso que no respondió al tratamiento médico.

Materiales y Métodos: Presentamos a una paciente femenina de 52 años con un bypass gástrico previo que se presentó a la consulta por dolor abdominal epigástrico crónico no asociado con las comidas, regurgitación y ganancia de peso. Estudios preoperatorios incluyeron una endoscopia digestiva alta y un trago de barrio que mostraron una hernia hiatal y un pouch gástrico agrandado. La paciente no fue considerada una buena candidata para tratamiento endoscópico del pouch. La decisión fue realizar la reparación de la hernia hiatal y la plicatura del pouch laparoscópicamente. Después de que adherencias fueron liberadas, la crura derecha e izquierda fueron disecadas. El pouch herniado fue reducido

dentro del abdomen y el esófago fue disecado circunferencialmente para permitir la reducción del esfínter gastroesofágico dentro de la cavidad abdominal. Dos suturas simples de seda número 0 fueron usadas para cerrar la crura posterior del diafragma. Una endoscopia digestiva alta muestra la reducción completa de la hernia hiatal. Decidimos luego proceder con la plicatura del pouch gástrico con sutura continua absorbible V-lock bajo vista endoscópica directa para evitar estenosis y ajustar el tamaño final.

Resultados: Los síntomas resolvieron completamente después de la cirugía. La paciente reporto más restricción con las comidas y un exceso de peso de 27% a los 2 meses.

Conclusiones: La revisión laparoscópica de la hernia hiatal y la plicatura gástrica es posible y segura en pacientes con bypass gástrico previo con síntomas atípicos, ganancia de peso y sin indicación para revisión endoscópica.

8 - REVISIÓN DE BYPASS GÁSTRICO ASISTIDO POR ROBOT POR REGANANCIA DE PESO

Autores: Acosta Geylor, Hanssen Andrés, Plotnikov Sergio, Rojas Alejandro, Rodríguez Juan, Dubois Rinci. Instituto Medico La Floresta, Caracas, Venezuela.

Mostramos el caso de un paciente masculino de 42 años de edad con antecedente de Bypass Gástrico en y de Roux hace 5 años quien en los últimos 2 años ha presentado reganancia de peso hasta 135 kg (IMC: 45 Kg/m²) En la evaluación preoperatoria se evidencia pouch gástrico dilatado con anastomosis amplia. Se realizo confección de pouch gástrico y gastroenteroanastomosis por vía laparoscópica asistida del robot daVinci.

T

TRABAJOS LIBRES SESION NUTRICION

1 - INFLUENCIA DEL GENERO Y EDAD EN LA EVOLUCION PONDERAL TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA.

AUTORES: Laura Fantelli Pateiro, Felipe Eduardo Fiolo, Diego Pinna. Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Buenos Aires.

Introducción La cirugía bariátrica constituye una alternativa terapéutica eficaz para lograr y mantener el descenso de peso, así como controlar las comorbilidades de los pacientes.

Objetivo : Analizar la influencia del género, la edad y la talla como factores determinantes del descenso de peso postoperatorio.

Materiales y métodos: Se han revisado 162 historias clínicas de pacientes que han sido intervenidos de cirugía bariátrica. Se recogieron datos de edad, sexo, talla, tipo de procedimiento quirúrgico, tiempo de seguimiento y %EIMCP a los 6, 12, 24, 36 meses de intervención

Resultados Se han estudiado 162 pacientes, mujeres 78 % y hombres 22 % con una mediana de edad de 46 años. A 8 pacientes se les realizó gastrectomía vertical (manga gástrica) laparoscópica y a 154 bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico. El %EIMCP preoperatorio fue de 14.41%, a los 6 meses 67.18%, a los 12 meses 80.57%, a los 24 meses 75.44% y 36 meses fue de 69.43%. El %EIMCP según rango de edad fue mayor en el grupo menor a 53 años durante el primer año de seguimiento. El %EIMCP según género fue mayor

en hombres con un 85.3% al año, alcanzando las mujeres valores similares a los 24 meses. El %EIMCP según talla fue mayor en el grupo de menor estatura (<160 cm) al año de seguimiento.

Conclusión El mayor %EIMCP ocurre cercano al mes 12º siendo los hombres jóvenes quienes reportaron mejor descenso de peso.

2 - HIPOVITAMINOSIS D EN UNA SERIE DE PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA BARIATRICA (CB) DE LA PATAGONIA.

AUTORES: ACETO L, GONZALEZ P, GUANGIROLI M, PAGANO C, VILLAGRA F. CITOMET, Neuquén.

ANTECEDENTES: A la fecha, no existen estudios sobre el estado de la vitamina D en pacientes evaluados para CB en la Patagonia.

OBJETIVOS: alertar sobre la alta prevalencia de hipovitaminosis D en pacientes obesos, candidatos a CB, residentes en el sur del país.

DISEÑO/MODELO DE INVESTIGACION: observacional/descriptivo.

MATERIAL Y METODO: Vitamina D total (D2 y D3) suero; RIA doble anticuerpo.

RESULTADOS: del total de pacientes evaluados, 5,26% presentaban nivel óptimo, 3,94% suficiencia, siendo insuficiente el 23,68% y deficiente el 48,68%.

CONCLUSIONES: en la serie de pacientes estudiados, se encontró una alta prevalencia de hipovitaminosis D previa a la CB, siendo más relevante el déficit (según clasificación internacional). A la luz de las investigaciones actuales sobre las múltiples funciones que esta vitamina cumple en el organismo, más allá del metabolismo óseo, queda claro que es necesaria la suplementación previa a la CB, y el posterior seguimiento de este nutriente en el posoperatorio.

3 - ¿ES LA VITAMINA D₃ UN DEFICIT IMPORTANTE EN NUESTROS PACIENTES CON OBESIDAD?

Autores: Dres Herrero Maia, Alvarez Clarisa, Romero Soledad, Sosa Gallardo Nicolas, Sosa Gallardo Carlos.

INTRODUCCION: La cirugía bariátrica ha demostrado ser el método más efectivo para el tratamiento de la obesidad, y de las comorbilidades asociada a la misma. Pero todavía nos quedan dudas de los riesgos que podrían tener los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica. Pero podrían nuestros pacientes presentar déficit previos a la cirugía.

OBJETIVO: evaluar la concentración de la misma en un grupo de pacientes con diagnóstico de obesidad; Teniendo en cuenta que la 25- hidroxí-vitamina D (25 (OH) D₃) es liposoluble;

METODO: seleccionamos un grupo de pacientes entre 2013 y 2014 con diagnóstico de obesidad, función renal y fosfo-calcica dentro de los parámetros normales y medimos 25 (OH) D₃ a fin de evaluar déficit de la misma en dicha muestra.

RESULTADOS: Incluimos 47 pacientes obesos, el 76,6 % de sexo femenino, edad promedio de 40 años (19-60 años), IMC promedio de 40,9 (33-55,6). Encontramos que el 77,8% de los pacientes tenían hipovitaminosis, con un valor promedio de 25 (OH) D₃ de 24 ng/ml (

8-81,5 ng/ml); y el 36,2% presentaban una 25 (OH) D₃ menor de 15ng/ml. Cuando evaluamos la población femenina encontramos que el 77,8% presentaban hipovitaminosis.

CONCLUSION: La hipovitaminosis D fue importante en nuestros pacientes con obesidad previo a la cirugía bariátrica; podríamos pensar que son una población susceptible. Una casuística más importante sería necesaria, pero consideramos importante evaluar la misma en pacientes con obesidad y realizar tratamiento adecuado y temprano.

4 - SEGUIMIENTO DE PARAMÉTROS ANTROPOMÉTRICOS E INDICADORES DE ÉXITO A LARGO PLAZO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.

NATALIA BONZI¹; FLORENCIA CARRILLO¹; ALEJANDRO MARCOLINI¹; DIEGO AWRUCH¹; MARCELO MARIÑO¹. ¹Sanatorio Británico de Rosario SA

Antecedentes: La obesidad mórbida está relacionada a mayor mortalidad, comorbilidades asociadas y disminución de la calidad de vida. La cirugía bariátrica constituye una alternativa terapéutica eficaz en estos pacientes, ante el fracaso del tratamiento convencional.

Objetivo: Evaluar la evolución de parámetros antropométricos e indicadores de éxito en pacientes intervenidos con By Pass Gástrico (BPG) o Gastrectomía Vertical en Manga (GVM) a 3 años de seguimiento postoperatorio.

Diseño: De cohortes, prospectivo.

Material y método: 161 pacientes con obesidad mórbida intervenidos en los años 2009-2010. Se realizó seguimiento antropométrico con controles a los 6, 12, 24 y 36 meses postoperatorio. Variables estudiadas: Peso, Índice de Masa Corporal (IMC), Porcentaje de grasa, Circunferencia de cintura, Circunferencia de cadera, Porcentaje de sobrepeso perdido (PSP), Porcentaje de IMC Perdido (PIMCP), Porcentaje de Exceso de IMC Perdido (PEIMCP).

Resultados: 130 casos de BPG (80,7%) y 31 casos de GVM (19,3%), edad 41,98±10,8 y 37,29±11,11 años, respectivamente. El peso inicial promedio fue 131,9 kg, correspondiéndole 134,9kg (±26,16) a BPG y 119,1kg (±27,55) para GVM (p 0,003). El IMC inicial medio fue 47,88, siendo 48,7 (±7,31) para BPG y 44,5 (±8,54) para GVM (p 0,006). El peso medio a 3 años postoperatorio fue 87,87kg, correspondiendo 89,73kg (±18,08) para BPG y 79,93kg (±19,55) para GVM. El IMC medio a 3 años fue 31,96, siendo 32,27 (±5,30) para BPG y 30,61 (±7,37) para GVM. El PSP medio a 3 años fue 62,35%, correspondiendo 61,39% (±16,49) para BPG y 63,91% (18,56) para GVM. El PEIMCP medio a 3 años fue 71,70%, siendo 70,21% (±18,37) para BPG y 77,93% (±25,24) para GVM. El peso e IMC mostraron diferencias significativas en su seguimiento (p <0,05). El PSP y el PEIMCP no evidenciaron diferencias significativas (p >0,05).

Conclusiones: La cirugía bariátrica consigue una reducción importante del peso en los pacientes con obesidad mórbida con resultados satisfactorios. Ambas técnicas quirúrgicas son efectivas en el control de la obesidad a 3 años de seguimiento sin evidenciar diferencias significativas entre ellas.

5 - CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

FLORENCIA MAISONNAVE¹; CLARISA REYNOSO¹; JULIANA GÓMEZ¹; MARINA CURRÍA¹. ¹Hospital Británico

Antecedentes: La Obesidad es uno de los mayores desafíos de salud pública del siglo XXI, siendo el resultado de modificaciones en la alimentación, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, esto sumado a inactividad física han creado un ambiente favorable para desarrollar esta epidemia.

Objetivos

Evaluar hábitos alimentarios y Ejercicio Físico (EF) en pacientes candidatos a Cirugía

Bariátrica.

Determinar la autovaloración del paciente respecto a su dieta.

Diseño: Transversal, retrospectivo.

Materiales y Métodos: Durante el período 3/2011 a 7/2013, se encuestaron 168 pacientes candidatos a Cirugía Bariátrica mediante “Cuestionario de Hábitos” validado para sobrepeso y obesidad (Universidad de la A. Coruña 2010). Encuesta cerrada, 36 preguntas con las siguientes categorías: alimentación saludable, conocimiento y control, contenido calórico, tipo de alimento, consumo de azúcar, bienestar psicológico, EF y consumo de alcohol. Puntuación: conducta más saludable por encima percentil 75; hábitos poco saludables por debajo percentil 25. Finalmente una pregunta sobre autovaloración alimentaria.

Resultados

Edad: mediana 45 (18- 74), 66,1% mujeres. IMC: mediana 44,04 (34,8-82,2). Alimentación saludable: 24% >percentil 75; 35%. Contenido calórico: 19%>percentil 75; 32%< percentil 25. Consumo de azúcar: 42%>percentil 75; 18%. Consumo de alcohol: 36% >percentil 75; 38%. Conocimiento y control: 19%>percentil 75; 27%. Bienestar psicológico: 31%>percentil 75; 19%. Ejercicio físico: 19%>percentil 75; 60%. Autovaloración: mala 49%, regular 33%, buena 15% muy buena 2%, excelente 1%.

Conclusiones

Dentro de la conducta más saludable, se observó que el mayor porcentaje de pacientes limitaba el “consumo de azúcar”, lo cual habla de este patrón cultural aprendido.

En los hábitos poco saludables se observó que la mayor proporción de pacientes no realizaba EF. Según evidencia existente sobre los beneficios de la misma, sería importante estimular en estos pacientes el EF y la comprensión de sus ventajas.

El 82% de los pacientes evaluó como mala y regular su dieta, por lo que consideramos fundamental el acompañamiento nutricional tanto en el pre como en el postoperatorio.

6 - DEFICIENCIA DE VITAMINA D Y CA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA. INCIDENCIA Y SEGUIMIENTO POST CIRUGÍA.

AUTORES: M. Abaurre; N. Pampillón; CM. Sanchez; P. Omelanczuk; V. Lasagni; C. Penutto; S. Omelanczuk. Universidad Juan Agustín Maza. Centro quirúrgico de la Obesidad, Mendoza, Argentina

7 - EFECTIVIDAD EN LA PERDIDA DE PESO TRAS LA CIRUGIA DE MANGA GÁSTRICA EN EL PERU

Autores: Lic. ND Marilyn Espantoso de Fitts, Co-autores: Dr. Gustavo Salinas Sedó, MD, FACS; Dra. Lil Saavedra, MD, FACS, Dra. Paola Dongo Valdés, MD, Dra. Victoria Sanchez Vargas, MD, Centro Médico Avendaño. Miraflores. Lima, Perú.

En el Peru, las tasas de obesidad son ascendentes y se despliegan mayormente en adultos entre 30 y 59 años (19,8%, 2010-2011). De las 1,613 mangas gástricas reportadas en el Peru, nuestra clínica encabeza con 809 mangas (2005-2013), sin embargo no existen publicaciones que reporten resultados de éxito en la pérdida de peso. Objetivo: Determinar la efectividad de la cirugía de manga gástrica en una muestra peruana (N=125). Método.- Se calculó el porcentaje de peso perdido (PPP), el porcentaje de IMC perdido (PIMCP) y el porcentaje de exceso de IMC perdido (PEIMCP) a los tres meses, seis, 12 y 24 meses de la realización de la cirugía y se mostraron los resultados según sexo y según edad. Luego, se estimó un modelo lineal de efectos mixtos con 4 tiempos de medición de IMC (IMC inicial, tres, seis y doce meses post cirugía) en la muestra general. Resultados.- El Índice de Masa Corporal inicial (IMC) promedio fue de (M = 40,85, DS = 8,43) para hombres y (M = 36,36, DS = 5,59) para mujeres. Se comprobaron descensos postoperatorios significativos con un PIMCP a los 3 meses de (20,45%) para hombres y (19,35%) para mujeres. PIMCP a los 6 meses de (25,31%) para hombres y (26,17%) para mujeres. PIMCP a los 12 meses de (28,45%) para hombres y (28,71%) para mujeres. Las diferencias en relación al PIMCP no fueron significativas según sexo ni según grupo étnico. En el modelo de efectos mixtos se encontró que para la muestra general había una reducción significativa de IMC hasta los doce meses reafirmando el éxito de la cirugía. De manera específica se encontró una reducción en el IMC de aproximadamente 10,98 puntos luego de los 3 primeros meses, otros 3,54 puntos hasta los seis meses, y una reducción extra de 1,17 puntos hasta los doce meses. Considerando el porcentaje del exceso del índice de masa corporal perdido como uno de los índices de calidad en cirugía bariátrica, podríamos afirmar que las cirugías de manga gástrica de nuestro centro son un tratamiento eficiente para la obesidad.

TRABAJOS LIBRES SESION 3 CIRUGÍA

1 - 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.

2 - 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.

3 - 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 diagnóstico 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 diagnóstico 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 %.

4 - 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, Erika 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. Evolucionando 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 fierro 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 fierro 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.

5 - 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.

6 - REGANCIA DE PESO POST CIRUGÍA BARIÁTRICA.

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

7 - 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.

incidencia de la Ulcera 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 clínicoquirúrgico 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.

8 - CIRUGIA BARIATRICA 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 supervivencia 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,

insulinorresistencia, 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 (DBT) 1 pte (25%), insulinorresistencia 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.

9 - 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 miellitus 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 HbA_{1c} 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.

10 - TUMORES GASTRICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA EN MANGA

Autores: Telleria A F; Torsigliero 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 hallo 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.

11 - 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 coledocitis. La estancia 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 estancia 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.

12 - 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 Fernandez¹.¹CRQO. 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 resecado, 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 resecado 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 resecado ni en la morbilidad de la cirugía de gastrectomía en manga.

TRABAJOS LIBRES SESION 4 CIRUGÍA

1 - 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.

2 - 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 fístulas 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 fístulas 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 fístulas 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 fístula gastrocutánea. Los

tres casos fueron objeto de múltiples laparotomías y varias sesiones de tratamientos endoscópicos, que controlaron la sepsis, pero no curaron la fístula.

Conclusión: Las fístulas 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 fístula en todos los casos con baja morbilidad.

3 - 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.

4 - MANGA GASTRICA: TIENE ALGUNA INFLUENCIA EN EL REFLUJO GASTROESOFAGICO? 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.

5 - 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 del pacientes con obesidad asociada a síndrome de Prader-Willi operados de cirugía bariátrica (Derivación Biliopancreatica) en el periodo de septiembre del 2010 a febrero del 2014.

MATERIAL Y METODOS: Se realizo cirugía bariátrica (Derivación Biliopancreatica) 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 tomo la conducta de realizarles la cirugía bariátrica asociado 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 biliopancreatica 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 biliopancreatica; en pacientes con obesidad asociado a síndrome de Prader-Willi sería una alternativa de tratamiento posible con la finalidad de mejorar su calidad de vida y aumentar su sobrevida.

6 - 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 via 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.

7 - 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 Concepcion, ³Universidad de Concepcion. 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. Endoscopia 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.

8 - 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 Concepcion, ³Universidad de Concepcion. 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.

9 - 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 Concepcion, ³Universidad de Concepcion. 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 pacientes con IMC entre 30 y 35. Es ideal el seguimiento a largo plazo.

10 - GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCOPICA (MANGA GASTRICA), TECNICA Autores: José Patiño¹; Gabriel Paiva¹; Carlos Paiva¹; Elena Yakusit^{1,1}Centro 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 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.

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

Autores: Gilberto Ungson Beltran¹; Antonio Rodriguez Esquerria¹.¹Hospital 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.

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

Autores: Gilberto Ungson Beltran¹; Antonio Rodriguez Esquerria¹.¹Hospital 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 dismantelar 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 ulcera 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 resulto 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.

12 - 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.

TRABAJOS LIBRES SESION 5 CIRUGÍA

1 - 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%.

2- 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.

3 - 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 trocates 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.

4 - 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

detallen 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.

5 - 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 fistulas 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”.

6 - BYPASS GASTRICO SIMPLIFICADO. TECNICA REPRODUCIBLE

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

Antecedentes: El bypass gástrico es la técnica de elección mas 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 co-morbilidades, 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 co morbilidades 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 co-morbilidades.

7 - 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 fístula 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 fístulas postgastrectomía.

DISEÑO: Estudio retrospectivo mediante análisis de historias clínicas y seguimiento del pacientes con fístulas, 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 fístulas gástricas; concurriendo a consulta por presentar dolor abdominal y fiebre, asociado a nauseas, vómitos e intolerancia alimentaria.

Dos pacientes desarrollaron una fístula gástrica de tipo gastrocutánea a los 15 días, que resolvieron con sistema vacío y compactación. El tercero, intercurrió con fístula gástrica y

colección perigástrica a los 20 días, requiriendo stent gástrico y drenaje percutáneo perigastrectomía. Resolviéndose con extracción de stent gástrico y la colocación de clips en orificio remanente. El cuarto paciente, intercurrió con dos fístulas 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 fístulas 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 fístula 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.

8 - 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 HbA1c 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.

TRABAJOS LIBRES SESION 6 CIRUGÍA

1- 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 día 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 autoexpandible.

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.

2 - 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.

3 - 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.

4 - 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.

5 - 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.

6 - 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

7 - FÍSTULA GASTRO BRONQUIAL CRÓNICA DE GASTRECTOMÍA EN MANGA. CURA A TRAVÉS DE SEPTOTOMIA ENDOSCOPICA 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 morbimortalidad.(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.

8 - 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: Estudio descriptivo.

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.

9 - ¿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.