

Bypass gástrico (Comunicaciones orales, posters y vídeos)

SECO 2015

O-006

ANASTOMOSIS MECÁNICA VERSUS MANUAL EN LA ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA EN Y DE ROUX EN EL BYPASS GÁSTRICO: ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO

V. López, I. Abellán, J. Luján, J. Abrisqueta, Q. Hernández, M.D. Frutos, N. Ibáñez, P. Gimeno, V. Soriano, P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

INTRODUCCIÓN

Diferentes técnicas anastomóticas han sido evaluadas en la realización de la gastroyeyunostomía durante un Bypass gástrico en Y de Roux, sin haber demostrado ninguna de ellas superioridad en cuanto a complicaciones y pérdida de peso. No se han encontrado estudios prospectivos randomizados que comparen dichas técnicas lo que ha justificado la realización de este estudio.

OBJETIVOS

Comparar las complicaciones precoces y tardías y la pérdida de peso (%EPP) entre dos tipos de técnicas anastomóticas utilizadas en la realización del Bypass gástrico en Y de Roux: anastomosis gastroyeyunal manual y anastomosis gastroyeyunal mecánica con grapadora circular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio prospectivo randomizado (NCT02077517) incluyendo 238 pacientes (119 por grupo) intervenidos de obesidad mórbida entre Julio de 2008 y Septiembre de 2012 en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, comparando las complicaciones precoces (hemorragia digestiva postoperatoria, sangrado intraabdominal, eventración estrangulada, fuga anastomótica, pancreatitis aguda e infección quirúrgica) y tardías (estenosis de la gastroyeyunostomía, úlcera perianastomótica, perforación de gastroyeyunostomía, obstrucción intestinal y eventración) así como la pérdida de peso (%EPP). El seguimiento mínimo de estos pacientes fue de 24 meses.

RESULTADOS

No hubo diferencias en cuanto a las comorbilidades preoperatorias y características demográficas entre ambos grupos de pacientes. No hubo diferencias significativas en los resultados del %EPP entre ambas técnicas anastomóticas a los 2, 12 y 24 meses. Los pacientes con anastomosis mecánica circular presentaron mayores tasas de hemorragia digestiva postoperatoria (4.3% vs 0%; $p=0.024$) y de infección de herida quirúrgica (11.1% vs 3.4%; $p=0.025$) que los pacientes con anastomosis manual, sin diferencias en el resto de complicaciones menores. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos y la incidencia de complicaciones tardías. Los resultados fueron similares entre ambos grupos respecto al tiempo operatorio, tasa de reintervenciones y estancia hospitalaria postoperatoria.

CONCLUSIONES

La anastomosis gastroyeyunal manual y la mecánica circular son técnicas con similar seguridad y tasa de complicaciones en nuestro estudio, sin variabilidad en la pérdida de peso. Los pacientes con anastomosis manual presentaron menor tasa de hemorragia digestiva postoperatoria e infección de herida quirúrgica, no obstante, dicha anastomosis precisa de una adecuada experiencia en sutura manual laparoscópica.

O-015

DIFERENCIAS ENTRE EL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN 1 Ó 2 TIEMPOS EN PACIENTES CON IMC>55 KG/M²; SEGUIMIENTO A 5 AÑOS

M. Díaz Tobarra, N. Cassinello, R. Alfonso, M. Nebih Nofal, J. Ortega

Hospital Clínico Universitario, Valencia

OBJETIVO

La estrategia quirúrgica en el paciente superobeso no está establecida. La realización de una gastrectomía vertical en un primer tiempo presenta dificultades técnicas y un porcentaje elevado de pacientes requiere una segunda intervención para conseguir resultados satisfactorios. El objetivo de este estudio es evaluar y comparar las complicaciones y resultados a largo plazo del bypass gástrico laparoscópico, en 1 ó 2 tiempos, en pacientes con IMC>55 kg/m².

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos entre el 2007 y 2010 con IMC>55, a los que se realiza un bypass en 1 ó 2 tiempos. El seguimiento post-operatorio ha sido de 5 años. Las variables del estudio son: el sexo, la edad, el peso e IMC pre-operatorio, comorbilidades pre-operatorias (DM, HTA, SAOS) y resolución de las mismas, complicaciones, IMC final, porcentaje del exceso de peso perdido, porcentaje del IMC perdido, porcentaje del exceso del IMC perdido y peso perdido.

RESULTADOS

Se intervienen a 24 pacientes con obesidad extrema (IMC>55 Kg/m²). En el grupo al que se realiza el bypass en un tiempo (N=14) 11 son mujeres y 3 hombres, con una edad media de 45,93 ± 9,88 años y un IMC medio de 56,43

± 1,92 kg/m². En el grupo en el que se realiza el bypass gástrico tras gastrectomía vertical laparoscópica (N=10),

3 pacientes son mujeres y 7 hombres. La media de edad es de 50,5 ± 5,7 años con un IMC medio de 63,41 ± 4,38 kg/m².

En cuanto a las complicaciones, en el grupo al que se realiza el bypass en un tiempo, 2 pacientes presentaron sangrado de la línea de grapas. En el grupo al que se realiza un bypass tras gastrectomía vertical, un paciente presentó sangrado de la línea de grapas tras la primera cirugía, dos presentaron fiebre y uno flebitis durante el post- operatorio. Al comparar los grupos no existen diferencias estadísticamente significativas (p=0,17).

VARIABLES	BYPASS N=14	CIR	REVISIÓN	p
IMC final	34,46 ± 6,29	40,40 ± 3,47		0,29
Porcentaje del exceso de peso	68,82 ± 18,99	59,63 ± 9,97		0,4
% de IMC perdido	38,87 ± 11,26	35,20 ± 7,08		0,4
% de exceso de IMC perdido	69,80 ± 19,96	54,54 ± 13,93		0,44
Peso perdido	56,85 ± 17,72	63,77 ± 14,21		0,4

CONCLUSIÓN

En pacientes con IMC>55 kg/m² la realización de un bypass gástrico laparoscópico de entrada o tras gastrectomía vertical presenta similares resultados a largo plazo en cuanto a pérdida de peso e IMC. No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto complicaciones post-operatorias, por lo que si técnicamente es posible, se puede realizar esta intervención en un solo tiempo.

O-024

BYPASS GÁSTRICO CON BANDA POR LAPAROSCÓPIA (BPGBL). COMPLICACIONES DE LA BANDA

J.L.D.L. Cruz Vigo (1), J.M. Canga Presa (1), P. Sanz De La Morena (1), P. Gómez Rodríguez (2), J.I. Martínez Pueyo (2), F.D.L. Cruz Vigo (2)

(1) *Clínica San Francisco, León;* (2) *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid*

OBJETIVOS

El Bypass Gástrico con Banda (BPGCB) es una variante técnica que incluye la colocación de un anillo o banda en el reservorio gástrico para evitar los efectos de la dilatación del mismo y evitar la reganancia de peso. Ha habido, sin embargo, una cierta resistencia en la aplicación de esta técnica, motivada tanto por la mayor dificultad técnica si se trata de cirugía laparoscópica, como por el temor a las complicaciones derivadas del uso de la banda. Dos revisiones recientes de la literatura han puesto de manifiesto que las complicaciones de la banda son realmente poco frecuentes (erosión 2.3%, deslizamiento 1.5%, retirada: 2.3%) y que claramente el BPGCB, respecto del estándar, proporciona una mayor pérdida de peso a largo plazo sobre todo en superobesos. De ahí el renovado interés actual por esta técnica. Existen, sin embargo, múltiples variables que sería necesario estandarizar, como el material usado, la longitud de la banda, el lugar de colocación, y la técnica empleada para ello. Por ello hemos analizado las complicaciones del anillo de silastic y de la malla de polipropileno en nuestra experiencia con una técnica realizada sistemáticamente igual por dos cirujanos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Desde Junio de 1999 hasta Febrero de 2013 se han intervenido 1705 pacientes por obesidad mórbida, todos ellos mediante (BPGBL). En los 17 primeros casos se utilizó un anillo de silastic de 6 cm de longitud (Grupo A) y en 1688 restantes una malla de polipropileno de 6.5 cm (Grupo B). En todos los casos la medición de la banda se realiza siempre por un cirujano antes del comienzo del neumoperitoneo. En cuanto a la técnica de colocación, se evitó lesionar la serosa, manteniendo tejido interpuesto entre la banda y la anastomosis. En todos los casos la banda fue colocada al menos 2 cm por encima de la anastomosis gastroyeyunal, que siempre se realizó horizontal mixta lineal-manual.

RESULTADOS

Como complicación intraoperatoria relacionada con la colocación de la banda hubo una perforación del reservorio en el Grupo A, paciente número 7 de la experiencia, que hubo de convertir a cirugía abierta. No complicaciones intraoperatorias en el Grupo B. El tiempo operatorio fue similar en las dos series correspondientes al mismo período de la curva de aprendizaje. Complicaciones: Grupo A: erosión 0, deslizamiento 0, infección 0, estenosis 5 (34%), retirada de la banda 5 (34%) todas por laparoscopia. Grupo B: erosión 1 (0.06%), deslizamiento 0, infección 1 (0.06%), estenosis 0, retirada de banda 0. Se efectuó medición de las 5 anillos de silastic retiradas y se advirtió una reducción de tamaño hasta los 5 cm.

CONCLUSIONES

Basados en nuestra experiencia de 1705 casos con más de 2 años de seguimiento, exponemos nuestras respuestas a las preguntas que nos hacíamos al principio; Tipo de Banda: Malla de Polipropileno, Tamaño: 6.5 cm de perímetro. Lugar: al menos 2 cm por encima de la anastomosis, sin lesionar la serosa y sin puntos de fijación al reservori

O-026

ABORDAJE DE LAS COMPLICACIONES PROPIAS DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA: ÚLCERA MARGINAL, ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL Y HERNIA INTERNA TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

E. Domenech, M. Rey Riveiro, P. Enríquez, J.L. Estrada, A. Abad, P. Zapater, S. Ortiz, F. Lluís

Hospital General Universitario, Alicante

INTRODUCCIÓN

El bypass gástrico por vía laparoscópica es el procedimiento bariátrico que actualmente se realiza con mayor frecuencia. A pesar de ser una intervención quirúrgica compleja, su mortalidad en equipos con experiencia es menor del 0,5%. No obstante, no está exenta de complicaciones que aparecen tras ella, como son la úlcera marginal (UM), la estenosis de la anastomosis gastro-yeyunal y la hernia interna por el defecto de Petersen.

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas de los pacientes a los que se les ha realizado un bypass gástrico laparoscópico, la prevalencia de las complicaciones propias de la técnica y su manejo en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos por obesidad mórbida, realizándose bypass gástrico laparoscópico entre mayo de 2007 y noviembre de 2014.

RESULTADOS

Se incluyen 282 pacientes, siendo 202 mujeres (65,8%). La edad media al diagnóstico fue 43 (DE: 10) años. El peso medio inicial fue 133 (DE: 18) kilogramos, con un IMC medio de 48,47 (DE: 5). Tras el ayuno modificado, el peso medio en el momento de la intervención fue de 117 (DE: 17) kilogramos. 95 pacientes (33,7%) presentaban una cirugía abdominal previa; 133 (47,2%) presentaban HTA; 177 (68,2%) SAOS, necesitando 117(41,5%) CPAP; 99 (34%) DM tipo 2; 96 (34%) DLP y 66 (23,4%), artropatía. Se llevó a cabo un bypass gástrico por laparoscopia con anastomosis gastroyeyunal mecánica con CEEA n° 21 en todos los casos. La estancia hospitalaria mediana fue de 5 días (3-33). En cuanto a las complicaciones propias de la técnica, 9 pacientes (3,2%) presentaron UM. De ellos, 5 eran mujeres y ésta fue diagnosticada entre un mes y 4 años tras la cirugía. 7 se trataron de forma conservadora, con Inhibidores de la bomba de protones y en 2 se produjo perforación de la misma, requiriendo intervención quirúrgica, en ambos casos laparoscópica. 19 pacientes (6,7%) presentaron estenosis de la anastomosis gastroyeyunal, confirmada por gastroscopia. De estos, 17 eran mujeres y 2 hombres. En 16 de ellos, la sintomatología apareció dentro de los entre el primer y el cuarto mes. Todos se trataron de forma endoscópica, precisando 3 de ellos una repetición de la dilatación endoscópica. Un paciente (0,35%) presentó una hernia interna, que causó una oclusión intestinal por lo que fue intervenido de forma laparoscópica, resolviéndose el cuadro.

CONCLUSIONES

Las complicaciones propias del bypass gástrico se han resuelto en la mayoría de ocasiones de forma médica o endoscópica, siendo el manejo quirúrgico infrecuente aunque necesario en el caso de las perforaciones de la anastomosis y la hernia interna. En nuestros pacientes el abordaje siempre ha sido laparoscópico, disminuyendo así la morbilidad y estancia hospitalaria.

O-036

ANÁLISIS A LARGO PLAZO DE LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y METABÓLICOS DE PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

S.A. Gómez Abril (1), M. Rocha (2), J.L. Ponce Marco (3), C. Morillas Ariño (1), F. Delgado Gomis (1)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia; (2) FISABIO-Hospital Universitario Dr Peset, Valencia; (3) Hospital Universitario La Fe, Valencia

OBJETIVO

Realizamos un estudio en pacientes con Obesidad Mórbida e intervenidos mediante bypass gástrico laparoscópico. Se evalúa si se consigue una mejoría significativa de los parámetros antropométricos y metabólicos asociados a la obesidad y si dicha reducción se mantiene a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Población de pacientes:

Pacientes con Obesidad Mórbida e intervenidos (bypass gástrico laparoscópico) de forma consecutiva entre 2006 y 2009. Nuestra población incluye 90 pacientes. 74 mujeres y 16 hombres de 42,5±9,7 años (18-60). El IMC fue de 48,2±6,7 kg/m² (37,1-65,3).

Método: Variables a estudio:

Se han medido en situación basal, al año, 2-3 años y a los 5 años de la intervención.

- Parámetros antropométricos: peso, talla, IMC y % de exceso de peso perdido (%SPP).
- Parámetros bioquímicos: metabolismo hidrocárbónico (glucemia, HbA1c, insulinemia, HOMA-IR, SHBG y fracción C3 del complemento); perfil lipídico (Colesterol total (CT), colesterol LDL (c-LDL), colesterol HDL (c-HDL), Triglicéridos (TG), Apolipoproteínas A1 y B y cociente ApoB/ApoA1) y factores de riesgo cardiovascular emergentes (Lipoproteína a, homocisteína y PCR ultrasensible).

Análisis estadístico:

Para la comparación entre los resultados de los parámetros (antes y después de la intervención) hemos realizado una comparación mediante un ANOVA de 1 vía de medidas repetidas, seguida de un test post hoc de Bonferroni. Existen diferencias significativas cuando $p < 0,05$ (Programa de estadística SPSS).

RESULTADOS

Tabla 1. Evaluación de parámetros antropométricos.

	Basal	1er año	2º-3er año	5º año	p valor
Peso (kg)	127,2±19,5 (90)a	81,3±11,9b	80,6±11,7b	84,2±12,6c	<0,001
IMC (kg/m ²)	48,2±6,72 (90)a	30,9±4,76b	30,7±4,97b	32,4±5,16c	<0,001
%SPP (%)	-	75,8±16,5a	76,4±18,2a	67,8±19,7b	<0,001

Tabla 2. Evaluación de los principales parámetros metabólicos.

	Basal	1er año	2º-3er año	5º año	p valor
Glucemia (mg/dl)	112±86 (90)a	91±11b	90±13b	88±12b	<0,001
HbA1c (%)	5,96±0,98 (52)a	5,34±0,48b	5,40±0,37b	5,40±0,42b	<0,001
Insulinemia (mU/ml)	20,0±14,7 (90)a	6,40±2,81b	6,46±3,01b	7,17±3,50b	<0,001
HOMA-IR	5,64±4,66 (90)a	1,47±0,79b	1,47±0,84b	1,60±0,94b	<0,001
C3c (mg/dl)	140±20,9 (72)a	104,6±19,9b	106,9±21,5b	104,9±19b	<0,001
SHBG (nmol/L)	46,5±25,0 (47)a	83,5±44,7b	90,2±52,1b	84,9±52,6b	<0,001
CT (mg/dl)	209,8±39,3 (90)a	153,5±25,9b	162,6±25,5c	169,2±27,8d	<0,001
c-LDL (mg/dl)	135,6±33,1 (88)a	91,4±22,8b	93,3±22,1b	98,1±22,9c	<0,001
c-HDL (mg/dl)	41,2±9,8 (90)a	46,2±9,9b	53,5±12,4c	55,3±12,3c	<0,001

TG (mg/dl)	135(98;172) (89)a	75 (60;89,3)b	67 (57;99)b	74(62;102)b	<0,001
ApoA1 (mg/dl)	134,2±22,5 (78)a	136,5±24,6b	159,5±31,5c	169,9±34,9d	<0,001
ApoB (mg/dl)	98,3±22,1 (78)a	74,4±17,7b	77,8±19,8b	83,5±22,6c	<0,001
ApoB/A1	0,75±0,19 (80)a	0,56±0,18b	0,50±0,16c	0,50±0,16c	<0,001
Lipoproteína a (mg/dl)	19,9(9,7;31) (60)a	11,6(4,1;31,5)b	11,4(5,3;31)ab	14,5(4,8;30)ab	<0,001
Homocisteína	9,70±2,48 (56)a	10,7±4,48a	10,3±3,51a	10,6±3,08a	0,100
PCR us (mg/L)	11,2±6,55 (80)a	2,46±3,59b	2,08±2,69b	1,98±2,61b	<0,001

Los datos se expresan como media±desviación estándar para los datos paramétricos y como mediana (cuartil25;75) para los no paramétricos. Los superíndices diferentes (a,b,c,d) indican que las diferencias entre grupos son significativas. Los superíndices iguales indican que no existen diferencias significativas.

CONCLUSIONES

Existe una mejoría estadísticamente significativa de los parámetros metabólicos asociados a la obesidad mórbida que se mantiene a largo plazo sin variaciones significativas.

Los valores de lipoproteína a y homocisteína no presentan variaciones significativas a largo plazo.

Existe una reducción significativa del peso corporal y del IMC, encontrando una recuperación ponderal moderada a los cinco años.

O-040

SLEEVE GASTROYEYUNAL: UNA CIRUGÍA DE REVISIÓN MULTIPOTENCIAL

M. Conde Rodríguez, D. Sierra Barbosa, P. Saez Carlin, V. Muñoz López-Peláez, A. Ruano Campos, E. Martín García-Almenta, P. Talavera, M.A. Rubio, A. Sánchez-Pernaute, A. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN

La sleeve gastroyeyunal (SGY) tiene como objetivo el estrechamiento del complejo gastroyeyunal responsable de la ganancia de peso tras bypass gástrico, pero también se utiliza para el reajuste de la anastomosis gastroyeyunal, responsable del síndrome de dumping. Nuestro objetivo es analizar los resultados de la SGY, en una serie de pacientes intervenidos en nuestro centro en el año 2014, con seguimiento de 3 meses a 1 año.

MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluamos 4 casos de mujeres, una con comienzo de reganancia, otras dos pacientes con reganancia casi total y una paciente con regnancia y dumping severo. Se realizó SGY laparoscópica con resección de remanente yeyunal, tutorizada con Fouchet de 12 mm. La edad media de las pacientes es de 58 años, con un tiempo medio desde el BPG de 3 años.

RESULTADOS

El primer caso es una mujer de 72 años con IMC inicial de 51 kg/m², que reganana peso a pesar de un reajuste anastomótico endoscópico. Se programa para SGY a los 5 años de la cirugía inicial con un IMC de 44 kg/m², alcanzando a los 3 meses de la revisión un IMC de 40.5 kg/m² y un EWL 40%. El segundo caso, una mujer de 63 años, con IMC inicial de 40 kg/m², que tras regnancia alcanza un IMC de 35,5 kg/m² con un EWL del 29.34%. Tres meses después de la cirugía de revisión, ha alcanzado un EWL del 65%, precisando 2 dilataciones endoscópicas por estenosis de la anastomosis. El tercer caso, una mujer de 50 años con con IMC inicial de 39 kg/m², realizándose SGY, al principio de la reganacia, por lo que presenta un IMC de 27 kg/m², alcanzando un EWL de 114% y un IMC de 22 kg/m² con 6 meses de seguimiento tras la SGY. El cuarto caso, se presentó en una mujer de 48 años con IMC inicial de 43 kg/m² que, regana peso al año, asociado a síndrome de dumping de difícil control, por lo que a pesar de una buena pérdida de peso, se plantea revisión quirúrgica con un IMC de 31.6 kg/m². Tras un año de seguimiento, presenta un IMC de 27.5 kg/m² y EWL 87%.

CONCLUSIONES

La tasa de fracaso tras BPG oscila entre el 25-30%, siendo la pérdida inadecuada de peso, la indicación primaria para la cirugía de revisión. Presentamos una serie corta de pacientes con reganancia de peso variable tras el BPG, con distintos IMC iniciales. Podemos afirmar que la SGY es un proceso seguro, con buena pérdida de peso en una de 3 pacientes y una buena resolución del dumping. Se necesitan más estudios que demuestren la efectividad en términos de pérdida de peso, así como su utilidad en el síndrome de dumping.

P-004

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA FÍSTULA CRÓNICA DEL ASA ALIMENTARIA EN BYPASS GÁSTRICO

C. Díaz Lara, L. Zubiaga Del Toro, M. Díez Tabernilla, R. Calpena Rico

Hospital General Universitario Elche, Elche

INTRODUCCIÓN

El By pass gástrico laparoscópico sigue siendo el procedimiento más utilizado para el tratamiento de la obesidad mórbida. Considerándose actualmente la técnica Gold Standard. La fistula enterocutánea es una complicación de difícil tratamiento que ocurre entre un 0.5% a 3.9% de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica y si no es tratada efectivamente tiene una alta mortalidad. La localización habitual es en la anastomosis gastroyeyunal. Siendo la localización en el muñón del asa alimentaria una localización no descrita en la literatura.

CASO CLÍNICO

Mujer 46 años. Sin AP de interés. Obesidad mórbida con IMC 42. No DM. No HTA. La paciente es sometida a Bypass gástrico laparoscópico. Comienza con cuadro de fiebre y dolor abdominal a las 48 horas por lo que se realiza TAC abdominal para confirmar fuga Gastroyeyunal. Se decide exploración quirúrgica y cierre por sutura simple y drenaje. Tras nueva reaparición de la fuga a las 72 horas se coloca prótesis recubierta durante 6 semanas. Presenta al mismo tiempo infección de laparotomía media que obliga a cierre por segunda intención. La paciente es dada de alta con alimentación oral y curas de herida. Tras retirar la prótesis a las 8 semanas, se produce una salida de contenido alimentario a través de la herida de laparotomía. Se confirma fistula enterocutánea por TAC cronicada tras 2 meses de la cirugía. Se intenta cierre por segunda intención, pero tras mantenimiento del débito y no mejoría de la fistula en un seguimiento de 6 meses, se propone tratamiento endoscópico.

En la Endoscopia se visualiza fistula entero-cutánea a nivel del muñón distal del asa alimentaria del Bypass gástrico. Se consigue cerrar el defecto mediante la colocación de clips endoscópicos.

Actualmente la paciente presenta buena evolución, con cierre de la fistula enterocutánea comprobada por tránsito digestivo después de 8 semanas.

CONCLUSIONES

1. La fistula crónica del asa alimentaria es una entidad rara que hay que sospechar tras tratar una posible fuga de la anastomosis gastroyeyunal en un bypass.
2. El uso de dispositivos endoscópicos de cierre (clips) nos permiten un nuevo enfoque del cierre la las fugas tras cirugía bariátrica. Evitando cirugías de revisión muy complejas.

REFERENCIAS

Escalona, A. "Complications of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity". Rev. Chil. Cir. V.58. n.2. Santiago. Abr. 2006; pags 97-105.

Csendes A, Burgos AM, Braghetto I. "Classification and management of leaks after gastric bypass for patients with morbid obesity: a prospective study of 60 patients". Obes. Sure. 2012 Jun;22(6): 855-62. do:10.1007/s11695-011-0519-6.

E. BROLIN, R. M.LIN, J. "TREATMENT OF GASTRIC LEAKS AFTER ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS: A PARADIGM SHIFT". SURG. FOR OBES. AND REL. DIS. VOL9 (2); 229-33.

P-013

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE DUMPING SEVERO TRAS BYPASS GASTROYEYUNAL

R. Gianchandani Moorjani, M.E. Moneva Arce, P. Suárez, J.M. Sánchez González, C. Díaz López, M. Vallve Bernal, V. Concepción Martín, J.M. Del Pino Monzón, M. Alonso González, M. Barrera Gómez

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

El Bypass Gastroyeyunal es una de las técnicas preferidas para el tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida, especialmente en los pacientes diabéticos. En muy pocos casos, puede ocasionar como complicación un Síndrome de Dumping, el cual se trata de forma satisfactoria con medidas conservadoras aunque, en contadas ocasiones, puede requerir de un abordaje quirúrgico. Dada la escasez de casos descritos en la literatura, no existe en la actualidad un acuerdo sobre la técnica quirúrgica ideal para el tratamiento de esta complicación, aunque se han propuesto diversos métodos.

OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente con Síndrome de Dumping severo post-Bypass Gástrico que fue tratada de manera eficaz mediante tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer que a los 33 años de edad se le practicó un Bypass Gastroyeyunal laparoscópico por Obesidad Mórbida (peso: 112 Kg, IMC: 44). Inicialmente con buena evolución llegó a estabilizarse su peso en 70 Kg (IMC 27). Sin embargo, a los 3 años comenzó a presentar de forma progresiva episodios de hipoglucemia severa (3-4 al día) desencadenados a los pocos minutos de la ingesta de cualquier alimento y acompañados de deposiciones diarreas (4 al día). Todo ello le imposibilitaba totalmente, ya que le impedía hacer ejercicio regularmente, trabajar, conducir y condicionaba gravemente su calidad de vida.

Estudiada por el Servicio de Endocrinología se descartaron otras causas responsables de hipoglucemia. Entre las pruebas realizadas, destacó un tránsito intestinal acelerado (en 15 minutos todo el contraste estaba en el colon), así como una hipersecreción de insulina (127 μ UI/ml) e hipoglucemia (47 mg/dl) a los 30 minutos de la ingesta.

Ante la falta de eficacia de medidas dietéticas y de tratamiento farmacológico, se decidió tratamiento quirúrgico con el objetivo de recuperar el tránsito duodenal y evitar las crisis de hipoglucemia.

Se accedió por vía laparoscópica y se procedió a seccionar el asa alimentaria, a unos 15 cm de la anastomosis Gastroyeyunal, uniendo posteriormente el cabo proximal al antro gástrico y el distal al asa Biliopancreática.

RESULTADOS

La paciente evolucionó de forma favorable y a los 4 meses de la intervención no ha vuelto a presentar nuevos episodios de hipoglucemia o diarrea. Ha mantenido un peso estable y, en la actualidad, realiza ejercicio físico de forma regular.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Dumping severo con hipoglucemia en los pacientes operados por Obesidad Mórbida y con Bypass Gastroyeyunal es una complicación poco frecuente, que habitualmente responde a tratamiento conservador aunque, en algunos casos, puede ser requerida una intervención quirúrgica para su corrección. Presentamos nuestra experiencia con un método quirúrgico sencillo que recupera el tránsito duodenal y que resulta eficaz para su tratamiento.

P-017

FUGA TARDÍA TRAS BYPASS GÁSTRICO

M. García Fernández, I. Díez, C. Loureiro, J. Barrenetxea, J. Ortiz, L. Hierro, I. Del Hoyo, S. García, J. Bilbao, J.J. Méndez

Hospital de Basurto - Osakidetza, Bilbao

INTRODUCCIÓN

La fuga anastomótica, más frecuentemente gastroyeyunal, representa la complicación más temible en el postoperatorio inmediato de los pacientes sometidos a bypass gástrico (BPG). Las debidas a fallo técnico primario pueden manifestarse en las primeras 24-48 horas, pero globalmente pueden aparecer de forma más tardía, como en el caso que presentamos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 53 años, con IMC de 48,3 e HTA, a la que se realiza bypass gástrico el 24/12/2014 sin incidencias. El postoperatorio inmediato transcurre con normalidad y es dada de alta el 28/12/2014 con buena tolerancia a dieta oral. El 02/01/2015 acude a Urgencias remitida desde su ambulatorio por vómitos, heces oscuras y dolor epigástrico iniciado tras ingesta de Ibuprofeno. La exploración abdominal es normal y la paciente se encuentra hemodinámicamente estable. En la analítica destaca: leucocitosis de 15000 con 75% neutrófilos y PCR 53,6. En la RX de tórax se observa neumoperitoneo residual y la RX abdomen es normal. Se solicita TC abdominal, donde se observa absceso perianastomótico gastroyeyunal y pequeña cantidad de líquido libre alrededor de la misma. Se decide intervención quirúrgica de urgencia por vía laparoscópica, donde se demuestra dehiscencia en la anastomosis gastroyeyunal que se trata mediante rafia y drenaje. Durante el postoperatorio se utiliza soporte nutricional parenteral.

Se realiza tránsito intestinal de control en el que no existe fuga de contraste, pero iniciada la ingesta se produce aumento del débito por el drenaje, con prueba positiva de azul de metileno. Se procede a la colocación de una endoprótesis, que migra a los pocos días, teniendo que ser retirada.

Posteriormente se reanuda nutrición oral, con mínimo débito de la fístula, de características purulentas, sin repercusión clínica ni analítica, siendo dada de alta a cargo del Servicio de Hospitalización a domicilio, hasta el cierre completo en menos de un mes.

DISCUSIÓN

La fuga anastomótica post-BPG puede ocurrir en las todas las anastomosis, líneas de grapado y cierres manuales. Son factores de riesgo el IMC >50, la comorbilidad o la edad >65 años, entre otros. El testado intraoperatorio de las anastomosis con endoscopia, azul de metileno o insuflación por sonda nasogástrica son métodos que pueden ser útiles para descartar el fallo primario.

El diagnóstico precoz es fundamental en estos pacientes y se realiza en base a datos sutiles como la taquicardia >100, la oliguria, la respiración superficial o la inestabilidad hemodinámica. El estudio con contraste muestra frecuentes falsos negativos, por lo que en caso de sospecha persistente debe plantearse la reintervención, por vía laparoscópica si es posible, incluyendo el lavado profuso de la cavidad, la colocación de drenaje para dirigir la fístula y una vía de alimentación, preferiblemente a través del estómago excluido. La rafia simple del defecto, aunque controvertida, puede intentarse en las primeras horas o en función del aspecto del defecto. Si no hay datos de sepsis y el paciente está estable es posible el tratamiento conservador con endoprótesis (aunque el riesgo de migración es alto), drenaje percutáneo y antibióticos.

P-022

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE PERFORACIÓN DE ÚLCERA MARGINAL Y FÍSTULA GASTROGÁSTRICA TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Domenech Pina, M. Rey Riveiro, P. Enríquez Valens, S. Ortiz Sebastian, J.L. Estrada Caballero, A. Abad, C. Van Der Hofstadt, F. Lluís Casajuana

Hospital General Universitario, Alicante

INTRODUCCIÓN

La úlcera marginal (UM) de la anastomosis gastroyeyunal tras un bypass gástrico laparoscópico (BPG), es una complicación significativa con una incidencia que varía entre 0,6-16%. La perforación de la misma puede ocurrir hasta en un 1% de los casos. La fístula gastrogástrica (FGG) secundaria a una úlcera marginal puede aparecer. Su relación fue descrita por McLean en 1997, siendo difícil su diagnóstico por la inespecificidad de sus síntomas.

CASO CLÍNICO

Varón de 52 años. Antecedentes de DM tipo 2, HTA, esteatosis hepática, tabaquismo activo y exalcoholismo. Presenta obesidad grado III (128kg, IMC 46). Se presenta en el comité de la Unidad Multidisciplinar de Atención Integral al paciente obeso, decidiéndose BPG. El postoperatorio cursa sin incidencias, siendo alta al 5º día. El paciente presenta una evolución adecuada los primeros 6 meses, con un porcentaje de sobrepeso perdido del 78%. Posteriormente abandona el seguimiento. 4 años tras la intervención, acude a urgencias con dolor epigástrico intenso y con sospecha por TAC de perforación de víscera hueca se decide intervención quirúrgica. Mediante laparoscopia, se realiza sutura de perforación de úlcera marginal a nivel de anastomosis gastroyeyunal. El postoperatorio cursa con varias complicaciones que prolongan su estancia en la unidad de reanimación: neumonía nosocomial, abscesos intraabdominales que se resuelven mediante drenaje percutáneo por radiología intervencionista y la presencia de una fístula gastrogástrica constatada mediante tránsito gastrointestinal con contraste y endoscopia. Se inicia tratamiento conservador con Inhibidores de la Bomba de Protones, pero ante la mala tolerancia del paciente, con dolor epigástrico constante y vómitos, se decide intervención quirúrgica, realizando resección de antigua anastomosis gastroyeyunal, cierre de orificio fistuloso de estómago excluido y nueva anastomosis. El postoperatorio del paciente cursó con normalidad, siendo alta al 7º día y con un nuevo tránsito al mes en el que no se evidencia fístula gastrogástrica.

CONCLUSIÓN

Nuestro paciente presentó una UM, con varias complicaciones secundarias a la misma, como son su perforación y una FGG cuyo tratamiento conservador no fue efectivo, precisando intervención quirúrgica por vía laparoscópica que, en este caso, resolvió el problema. No obstante, debido a su escasa frecuencia, no hay recomendaciones establecidas para su manejo.

P-024

BY-PASS GÁSTRICO EN PACIENTE CON MALROTACIÓN INTESTINAL INCOMPLETA ASINTOMÁTICA

M. Galán Martín (1), P. Gómez (1), M. Gutiérrez (1), M. De La Fuente (1), A. Moreno (1), V. Vieiro (1), J.I. Martínez (1), J. Canga (2), J. Cruz Vigo (2), F. De La Cruz Vigo (1)

(1) Hospital Doce Octubre, Madrid; (2) Clínica San Francisco, León

OBJETIVOS

Las malrotaciones intestinales ocurren por la detención de la rotación embriológica normal. Se estima su incidencia entre 1 de cada 200 a 500 nacidos vivos. Suelen asociarse (30-62%) a otras anomalías gastrointestinales, en particular aquellas en las que el intestino permanece fuera de la cavidad celómica (hernia diafragmática congénita, defectos de la pared abdominal). Pueden presentarse en diferentes grados malformativos.

Las principales complicaciones son la obstrucción y la volvulación del intestino delgado, pero frecuentemente cursan asintomáticas. Su hallazgo incidental en el curso de un bypass gástrico, caso que presentamos, puede cambiar el planteamiento de la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 45 años con antecedentes de disnea de grandes esfuerzos, diabetes gestacional, incontinencia de stress, dislipemia, infarto de miocardio anterior, asma intrínseca y depresión. Presentaba obesidad desde hace 20 años a pesar de múltiples dietas y tratamientos (IMC actual 37.9). No comía dulces ni "picaba". En ecografía abdominal presentaba esteatosis hepática sin colelitiasis. Se realizó test del aliento con resultado positivo (17.5) y se instauró tratamiento erradicador. En la gastroscopia se detectó hernia de hiato y pólipo cardial histológicamente de tipo hiperplásico sin helicobacter pylori ni otras alteraciones en mucosa gástrica. En cuanto a la espirometría, se diagnosticó alteración ventilatoria restrictiva moderada. El informe psiquiátrico no contraindicaba la cirugía. Previa profilaxis de trombosis venosa profunda y antibiótica, fue intervenida.

RESULTADOS

Se abordó mediante dos trócares de 12 mm (hipocondrio derecho e izquierdo) y tres de 11 mm (subxifoideo, epigástrico y subcostal izquierdo). Se objetivó malrotación intestinal incompleta: intestino delgado a la derecha, colon a la izquierda y el ciego en la línea media pélvica. Se realizó bolsa gástrica sobre curvatura menor seccionada con Endo GIA, dejando 15-20 ml de reservorio. Se cercló con malla de polipropileno de 6,5 cm alrededor de la bolsa gástrica. Gastroyeyunostomía T-L con Endo GIA y cierre manual, antegástrica, en Y de Roux, fijando el asa alimentaria al borde de sección de la bolsa gástrica confeccionando el pie de asa a 100 cm con EndoGIA y cerrando la brecha mesentérica. La yeyunoyeyunostomía se realizó en el lado derecho del paciente, quedando en una posición especular a la habitual. Se comprobó estanqueidad con azul de metileno. Drenaje aspirativo de Blake #19 subhepático, antegástrico y hasta subfrénico izquierdo.

El postoperatorio transcurrió satisfactoriamente, siendo dada de alta al tercer día postoperatorio.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la malrotación intestinal está justificado si existe riesgo de volvulación, siendo asintomática, como en nuestro caso, se puede proseguir la cirugía programada sin corregir el defecto malrotacional.

La anastomosis yeyunoyeyunal del pie de asa en Y de Roux tendrá la dificultad de realizarse en el lado contrario al habitual.

P-025

FÍSTULAS GASTRO-GÁSTRICAS TRAS BYPASS GÁSTRICO

J.P. Gonzales Stuva, J.H. Jara Quezada, D. Fernández Martínez, A. Rodríguez Infante, T. Díaz Vico, L. Sanz Álvarez, J. Rodicio Miravalles, E. Turienzo Santos, A. Rizzo Ramos, L. Vázquez Velasco

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

INTRODUCCIÓN

Las fístulas gastro-gástricas son una complicación infrecuente del bypass gástrico con un tratamiento que va desde la observación en caso de fístulas asintomáticas a la reintervención si hay úlceras anastomóticas o reganancia de peso. Se relacionan con las fístulas anastomóticas postoperatorias, toma de antiinflamatorios o cirugías complejas. Presentamos 3 casos de fístulas gastrogástricas sobre una serie de 450 casos intervenidos de bypass gástrico a lo largo de 11 años.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1: mujer de 41 años con IMC 48 kg/m², hipertensa, con importante artrosis de rodillas que obliga a toma de AINES crónicamente. Se realiza bypass gástrico con buena evolución inicial y se realizó un estudio gastroduodenal control cada año, hasta que al sexto año coincidiendo con empeoramiento de patología artrósica y aumentos de la ingesta de AINES se objetivó un trayecto fistuloso que comunicaba el remanente gástrico con el estómago excluido. La mayor parte del contraste transitaba desde el reservorio al asa de yeyuno, la cual era normal. La paciente estaba asintomática y sin reganancia de peso por lo que se decidió observación, tratamiento intensivo con inhibidores de la bomba de protones y abstención de fármacos gastroerosivos. Se realizaron controles con tránsitos baritados superiores que mostraron disminución de la fístula hasta su cierre 2 años después.

CASO 2: mujer de 28 años, IMC 51 kg/m², con antecedentes de hipertensión, asma y SAHOS. Se realizó un bypass gástrico y al 4^o se reintervino por una obstrucción en el pie de asa y una pequeña dehiscencia anastomótica secundaria a hiperpresión. Se rehízo el pie de asa, sutura de la fuga proximal y gastrostomía de alimentación. En el postoperatorio presentó una neumonía por broncoaspiración, insuficiencia respiratoria con ventilación mecánica y inclusión del drenaje de ambiente en el estómago excluido. Se instauró tratamiento conservador, con cierre de la fuga. 5 meses tras el alta un EGD control objetivó una fístula gastrogástrica. Se realizó endoscopia digestiva alta para intentar el cierre de la fístula pero su gran tamaño y la reganancia de peso obligaron a la reintervención a los 4 años realizando una desconexión gastrogástrica, reanastomosis gastroyeyunal y eventroplastia. El postoperatorio cursó sin complicaciones. Dos años después no hay recidiva de la fístula y mantiene un IMC de 27.

CASO 3: varón de 54 años, IMC 41.8 kg/m², con antecedentes de hipertensión, diabetes, insuficiencia renal y SAHOS. Intervenido de banda gástrica que precisó retirada por deslizamiento. Se indicó posteriormente un bypass gástrico. Un año después, en el EGD control, se objetivó una pequeña fístula gastro-gástrica. Estaba asintomático y con buena pérdida de peso, por lo que se decidió vigilancia, y un año después el EGD no objetivó fugas.

DISCUSIÓN

Las fístulas gastro-gástricas son una complicación rara en el postoperatorio de la cirugía bariátrica. Son más frecuentes en los pacientes que han presentado complicaciones anastomóticas postoperatorias o en las cirugías de revisión. Pueden tener una buena evolución con tratamiento conservador, aunque a veces es necesaria la reintervención, especialmente por reganancia de peso.

P-028

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR GRAPA QUIRÚRGICA PERDIDA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE UN BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

M. De La Fuente Bartolome (1), A. Moreno Bargueiras (1), M. Galán Martín (1), M.V. Vieiro Medina (1), E. Bra Insa (1), I. Domínguez Sánchez (1), P. Gómez Rodríguez (1), E. Rodríguez Cuellar (1), J. De La Cruz Vigo (2), F. De La Cruz Vigo (1)

(1) Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; (2) Clínica San Francisco, León

INTRODUCCIÓN

El Bypass gástrico laparoscópico (BGL) es el procedimiento más realizado y con mejores resultados en el tratamiento de la obesidad mórbida. Sin embargo, algunas complicaciones como las oclusiones intestinales tienen una incidencia superior a la cirugía abierta que oscila entre el 1,5% y el 5%, siendo las hernias internas la causa más frecuente. Otras causas menos frecuentes sería las hernias incisionales, adherencias y torsión de la entero-anastomosis. Presentamos el caso de una paciente intervenida mediante BGL que reingresa el 4º día postoperatorio (DPO) por cuadro de obstrucción intestinal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 38 años, sin antecedentes de interés, a la que se le realiza gastroplastia vertical anillada vía abierta en 1997 en nuestro centro. En febrero de 2015 reingresa para conversión a BGL por estenosis en la zona de la anilla, refractaria a tratamiento endoscópico (BMI 24). Simultáneamente se realiza colecistectomía por colelitiasis sintomática. Es dada de alta el 3º DPO según el protocolo habitual.

RESULTADOS

Acude a la Urgencia a las 24 h del alta por cuadro de dolor abdominal, nauseas, distensión abdominal y ausencia de tránsito gastrointestinal. Se realiza analítica (normal) y TAC en la que se aprecia distensión de asas intestinales, sin lograr identificar cambio de calibre, que impresiona de obstrucción intestinal, planteando la duda de ileo dinámico. Se decide ingreso y manejo conservador.

El 1º día de ingreso se realiza laparoscopia exploradora debido a la mala evolución de cuadro. Se aprecia importante distensión intestinal que imposibilita la visión por lo que se decide convertir a cirugía abierta. Se explora la cavidad identificando un claro cambio de calibre a mitad del asa común, con un anillo estenótico donde se aprecia una grapa de la endograpadora utilizada en la cirugía previa. Dicha grapa atrapa el asa intestinal al peritoneo. Se retira y se coloca gastrostomía de alimentación en remanente gástrico.

En el postoperatorio presenta cuadro de ileo prolongado, reintroduciendo la alimentación oral el 6ºDPO con buena evolución posterior, hasta el alta definitiva el 10ºDPO.

CONCLUSIÓN

El aspecto técnico de mayor valor en prevenir la incidencia de las hernias internas sigue siendo el cierre de los espacios creados posterior a un BGL, pero puede haber otras causas menos frecuentes.

Es importante iniciar rápidamente los estudios y las exploraciones necesarias en pacientes con dolor abdominal recurrente, sugestivo de oclusión y pruebas diagnósticas no concluyentes.

La exploración laparoscópica en los pacientes donde haya sospecha de un cuadro oclusivo, es un procedimiento a utilizar antes de que la situación clínica se deteriore.

P-029

COEXISTENCIA DE LAS DOS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES TRAS BYPASS GÁSTRICO

M. Bellón López De Antón-Bueno, C. Díaz, L. Zubiaga, M. Diez, M.A. Gómez, I. Oller, I. Galindo, L. Giner, M.D.M. Aguilar, R. Calpena

Hospital General Universitario de Elche, Elche

INTRODUCCIÓN

Entre las complicaciones postbypass gástrico encontramos las hernias internas y la invaginación intestinal. Las hernias son frecuentes en relación al cierre de los defectos mesentéricos. En cambio el mecanismo de producción de las invaginaciones no está claramente descrito, pero parece deberse al cambio de motilidad intestinal que produce el nuevo circuito.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 40 años en quien se realizó bypass gástrico 5 años atrás. Acude a urgencias por dolor en hemiabdomen izquierdo de 24 horas de evolución, de fuerte intensidad, acompañado de sensación nauseosa y un episodio emético. A la exploración física, dolor abdominal con signos de irritación peritoneal y defensa. Se realiza analítica sanguínea donde no existen alteraciones y TAC abdominopélvico, donde se identifica imagen en “diana” con meso y asa intestinal invaginados en un corto segmento de intestino delgado (probablemente yeyuno), en vecindad de una sutura metálica, con asas intestinales previas de calibre discretamente aumentado (alrededor de 27 mm) y con líquido en su luz y colapso de las asas distales.

Con estos hallazgos, se decide intervención quirúrgica de urgencia. Se realiza laparoscopia exploradora encontrando la invaginación a nivel del tercio medio del asa alimentaria. Sin embargo se observa ingurgitación vascular de las asas colindantes, lo que obligó a realizar laparotomía. De esta forma se pudo evidenciar la presencia de una hernia amplia en el Petersen, con torsión mesentérica simultánea. Se recolocó el paquete de asa intestinales deshaciendo la torsión y se cerró el defecto mesentérico. Posteriormente se llevó a cabo des-invaginación del asa alimentaria. El postoperatorio curso sin complicaciones y tras cuatro días de ingreso hospitalario, en el que presenta buena tolerancia a la alimentación oral, es dado de alta.

CONCLUSIÓN

Ante paciente con bypass gástrico es obligado establecer el diagnóstico diferencial de hernias internas o bridas postquirúrgicas, como causa de dolor abdominal. Si las pruebas complementarias no son concluyentes se debe plantear la realización de una revisión en quirófano. Lo llamativo de nuestro caso fue que la sospecha diagnóstica por las pruebas de imagen apuntaba sólo a una invaginación intestinal (imagen de “diana” en el TAC). Sin embargo, al realizar la exploración en quirófano se evidenció la coexistencia de un defecto herniario complicado con torsión del paquete intestinal. Generalmente el tratamiento de la invaginación intestinal es llevar a cabo la resección del segmento afecto, para evitar la recurrencia de la misma. No obstante, en nuestro caso fue suficiente con la resolución de la invaginación, pues asumimos que esta invaginación se produjo como consecuencia de la torsión mesentérica, que creó el medio propicio para alterar el marcapasos intestinal. Se piensa que no cerrar los defectos mesentéricos durante la ejecución de un bypass, evita la existencia de cuadros suboclusivos, puesto que orificios amplios no producen encarneraciones de asa. Pero hay que tener en cuenta que nos arriesgamos a la existencia de una torsión de todo el paquete intestinal cuando se produce una pérdida de peso evidente en los pacientes.

P-050

CONVERSIÓN DE NISSEN A BYPASS EN OBESIDAD GRADO I TRAS CIRUGÍA ANTIRREFLUJO

M. Conde Rodríguez, D. Sierra Barbosa, P. Sáez Carlín, A. Pérez Jiménez, M. Fernández-Nespral Loring, E. Martín Antona, P. Talavera, A. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

OBJETIVO

Analizar las indicaciones quirúrgicas, los aspectos técnico-quirúrgicos y la evolución postoperatoria de nuestra serie de 4 casos, intervenidos de cirugía antirreflujo y posteriormente de BPG.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cuatro pacientes inicialmente con obesidad grado I, sometidas previamente a cirugía antirreflujo fueron remitidas por necesidad de pérdida de peso por hepatopatía por virus C, obesidad mórbida asociada a esófago de Barret y disfagia por fracaso de la funduplicatura, en dos de ellas. El estudio preoperatorio incluye esofagograma y, en aquellas sintomáticas, endoscopia, manometría y PHmetría.

RESULTADOS

Cuatro mujeres, con una media de 31 años (26-40), fueron intervenidas por reflujo gastroesofágico y hernia hiatal sintomática mediante funduplicatura tipo Nissen. Presentaban inicialmente un peso medio de 95 kg (90-100), IMC medio de 35,67 kg/m² y un exceso de peso (EP) de 28 kg (22-26). Tras un tiempo medio de 9 años, la edad media en la segunda cirugía, era de 42 años. El peso medio era de 98,25 kg y el IMC medio de 37 kg/m², con una ganancia media de 3,25 kg. Dos pacientes se encontraban con un buen funcionamiento de la funduplicatura y asintomáticas, con pHmetría con valores de De Meester de 6,5 y sin otras alteraciones. Las pacientes sintomáticas acudían fundamentalmente por reflujo, disfagia y vómitos, o esófago de Barret en la endoscopia, a pesar de IBP's. Los estudios radiológicos mostraron una hernia paraesofágica en ambas pacientes sintomáticas, con ascenso de la funduplicatura al tórax, en una de ellas asociado a un De Meester > 213. Mediante abordaje laparoscópico con 5 trócares, iniciamos la disección a nivel hiatal, realizamos el desmontaje de la funduplicatura y la resección de fundus en dos de ellas. Confeccionamos el reservorio gástrico de 30 cc, realizando BPG estándar con asas de 120 y 50 cm. La estancia postoperatoria media fue de 4 días, sin complicaciones postoperatorias. A los 6 meses el IMC medio de 29,6 kg y un porcentaje de exceso de peso perdido del 77,86% que se mantuvo con un seguimiento de 12 meses.

CONCLUSIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico y la obesidad, representan dos entidades que comparten aspectos fisiopatológicos. Existe un aumento creciente, del número de pacientes sometidos a cirugía antirreflujo en el pasado, con obesidad grado I, que, tras ganancia ponderal, con o sin clínica de reflujo, solicitan cirugía bariátrica. El tratamiento actualmente aceptado, ante la asociación de ambas patologías, es el bypass gástrico. La reconversión supone un reto quirúrgico. La evolución de nuestra serie de pacientes, mujeres jóvenes y obesas con un IMC \geq 30 asociado a reflujo, nos hace cuestionarnos sobre si deberíamos mantener la indicación de una cirugía antirreflujo, o si por el contrario debemos inicialmente ofrecer una bypass gástrico, ante la correlación entre el aumento de peso o el peso inicial elevado y la tasa de fracaso de la cirugía antirreflujo, sugiere que el mecanismo de fallo tras la cirugía antirreflujo pueda ser diferente en obesos. La conversión laparoscópica de la funduplicatura tipo Nissen a BPG es la opción quirúrgica en el paciente obeso.

P-051

MEJORA DE LA HOMEOSTASIS GLUCÍDICA TRAS EL BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX, CON INDEPENDENCIA DEL PESO CORPORAL

L. Hernández Hurtado (1), I. Díaz-Güemes Martín-Portugués (1), J.L. De La Cruz Vigo (2), F.M. Sánchez-Margallo (1)

(1) Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres; (2) Clínica San Francisco, León

INTRODUCCIÓN

El bypass gástrico está asociado con una mejora del metabolismo glucídico que se encuentra alterado en pacientes obesos. La exclusión de los nutrientes a través del tramo proximal del intestino puede reducir las señales de las incretinas que se localizan en este tramo intestinal, influyendo de forma negativa sobre la sensibilidad a la insulina. El objetivo de este estudio es observar el papel que juega el bypass gástrico sobre las alteraciones de la glucosa e insulina observadas en el paciente obeso, independientemente del peso.

MATERIALES Y MÉTODO

Se emplearon 9 animales de la especie porcina, raza Göttingen minipigs (51.76 ± 5.35) que habían desarrollado un síndrome metabólico con prediabetes tras un periodo de 9 meses de alimentación hipercalórica. Se les realizó un bypass gástrico en Y de Roux mimetizando el procedimiento en la especie humana (30 cc en el reservorio gástrico/100 cm de asa alimentaria/ 40 cm de asa biliopancreática). Se llevó a cabo una evaluación metabólica mediante toma de muestras sanguíneas (test oral a la glucosa con la administración de 2g/kg peso vivo de glucosa) en el animal obeso sin intervención (T1) y 4 meses después de haber realizado el bypass gástrico (T2). Se midió el nivel de GLP1 en suero, además de los niveles de glucosa e insulina a los 0, 15, 30, 60 y 120 minutos tras administrar la glucosa en las dos fases, T1 y T2. Se tuvieron en cuenta los parámetros morfológicos con la intención de mantener la condición corporal de peso y circunferencias de cuello de abdomen, y poder observar los cambios achacables exclusivamente al cambio anatómico de asas intestinales.

RESULTADOS

El peso corporal, así como las circunferencias de cuello y abdomen se mantuvieron tras el bypass gástrico en Y de Roux. En T1 se observan ligeramente alterados los valores de glucosa e insulina con respecto a los valores fisiológicos. En T2, se muestran diferencias estadísticamente significativas en la insulina y en la glucosa en el tiempo basal (minuto 0), observándose una mejora en ambas, concretamente una glucemia normalizada por la acción de la insulina. Se ha mostrado una correlación significativa ($R=0.611$) entre la insulina y la glucosa tanto a nivel basal ($R=685$) como 4 meses tras la realización del bypass gástrico en Y de Roux. No se observan cambios significativos en los valores de GLP1.

CONCLUSIÓN

La alteración anatómica del intestino delgado proximal reduce los factores involucrados en la influencia negativa de la resistencia a la insulina, contribuyendo a una mejora significativa en el control del metabolismo glucídico, con una independencia absoluta del peso y volumen corporal. Además, aunque está demostrado que la mejora en la tolerancia a la glucosa está asociada con un incremento en la respuesta del GLP1 ante la ingesta de nutrientes, nuestros datos muestran que no es un factor determinante en la temprana mejora en la homeostasis glucídica tras el bypass gástrico.

P-052

RELACIÓN ENTRE EL TEJIDO ADIPOSO, ADIPOQUINAS Y RESISTENCIA A LA INSULINA: EFECTO DEL BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX

L. Hernández Hurtado (1), I. Díaz-Güemes (1), J.L. De La Cruz (2), J. Maestre (1), F.M. Sánchez-Margallo (1)

(1) Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres; (2) Clínica San Francisco, León

INTRODUCCIÓN

La obesidad se asocia con un mayor riesgo de desarrollar complicaciones metabólicas y cardiovasculares. Entre las metabólicas, se encuentra la resistencia a la insulina que precede a la diabetes tipo 2. Estas complicaciones están estrechamente relacionadas con la distribución anatómica de la grasa y las adipoquinas secretadas, concretamente el aumento de adiposidad visceral supone un mayor riesgo de padecerlas. El bypass gástrico revierte las complicaciones metabólicas de la obesidad, que puede jugar un papel en la redistribución del tejido adiposo y consecuentemente la secreción de adipoquinas.

El objetivo de este estudio es observar la redistribución de tejido adiposo y el comportamiento de la adiponectina y leptina tras el bypass gástrico.

MATERIALES Y MÉTODO

Se emplearon 9 animales de la especie porcina, raza Göttingen minipigs (51.76 ± 5.35) a los cuales se les administró una dieta hipercalórica hasta desarrollar un Síndrome metabólico, con la función glucídica afectada. Se les realizó un bypass gástrico en Y de Roux (30 cc en el reservorio gástrico/100 cm de asa alimentaria/ 40 cm de asa biliopancreática). Por una parte, se tomaron muestras sanguíneas para obtener los niveles de adiponectina y leptina en el animal obeso sin intervención (T1) y 4 meses después de haber realizado el bypass gástrico en Y de Roux (T2) y se analizaron glucosa e insulina para evaluar la homeostasis glucídica. Por otra parte se realizaron mediciones del volumen del tejido adiposo antes y después del procedimiento quirúrgico (4 meses posoperatorios) mediante resonancia magnética, sin la evidencia de una pérdida de peso en el periodo posoperatorio.

RESULTADOS

Los sujetos de estudio mostraron el peso y las medidas antropométricas constantes durante todo el periodo posoperatorio. La glucosa correlacionada con la insulina mostró una reducción significativa en T2, mostrándose una mejora en la homeostasis glucídicas. Se observan cambios en el tejido adiposo, observándose un descenso significativo de la adiposidad visceral ($p=0.001$). El nivel de leptina se redujo sin observarse diferencias significativas a los 4 meses tras la realización del Bypass gástrico. No se observan cambios significativos en los niveles de adiponectina en T2 respecto a T1.

CONCLUSIONES

El bypass gástrico determina cambios considerables, en la distribución de la adiposidad y niveles de hormonas involucradas en la regulación del metabolismo de la glucosa, en un posoperatorio temprano. No se han demostrado cambios en las concentraciones de adiponectina a corto plazo.

P-053

CONVERSIÓN DE UNA TÉCNICA DE SALMON ABIERTA A BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO POR DISFAGIA Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO SEVERO

D. Acín-Gándara, M. Medina, P. López-Fernández, B. Martínez-Torres, M. Hernández, J. Martín-Rodríguez, C. Rihuete, A. Antequera, S. Alonso, F. Pereira-Pérez

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada

INTRODUCCIÓN

La técnica de Salmon es la realización de una gastroplastia vertical con banda junto con una derivación gástrica en Y-Roux previo grapado transversal del estómago.

OBJETIVO

Presentar la conversión de una técnica de Salmon, con vagotomía y colecistectomía vía abierta a un Bypass gástrico laparoscópico, por disfagia, reflujo gastroesofágico e intolerancia alimentaria.

PACIENTES Y MÉTODOS

Paciente de 42 años, intervenido en 2001 en otro centro por obesidad mórbida con IMC de 43. En la actualidad presentaba IMC de 33,5 e hipercolesterolemia sin tratamiento. Refería importante disfagia a sólidos, regurgitaciones frecuentes, vómitos y RGE, que le impedían comer en público. Como pruebas complementarias se realizaron: endoscopia digestiva alta, donde se objetivó hernia de hiato; tránsito esófago-gástrico, sin evidencia de estenosis; manometría esofágica con EEI hipotenso y trastorno motor del cuerpo esofágico compatible con peristálsis ineficaz; por último, se realizó pHmetría con RGE patológico severo (DeMeester 88,5 y fracción de tiempo en pH<4 del 18,7% con numerosos episodios de reflujo de hasta 2 horas). Por todo ello, se decidió cirugía de revisión en el Comité Multidisciplinar de Cirugía Endocrino-Metabólica.

RESULTADOS

Fue intervenido por vía laparoscópica, objetivando importantes adherencias a laparotomía media previa, ambos parietocólicos y lecho hepático. Se realizó adhesiolisis muy laboriosa, revisión de hiato esofágico y reparación de la hernia de hiato mediante hiatorrafia con 3 puntos de seda. Posteriormente, se deshizo la Y de Roux transmesocólica, seccionando por debajo de la anastomosis gastroyeyunal con endoGIA y se realizó reservorio gástrico por encima de la banda gástrica previa y medial a la línea de grapado de la gastroplastia. Finalmente, se realizó la nueva anastomosis GY del BPG mecánica lineal y cierre del defecto de la GIA con monocryl. El BPG se hizo antecólico y se comprobó con azul de metileno su estanqueidad.

El paciente presentó una evolución favorable en el postoperatorio, siendo dado de alta con buena tolerancia oral a dieta túrmix y asintomático el 4º día postoperatorio. Sin embargo, al mes de la intervención y habiendo transgredido en varias ocasiones la dieta blanda pactada, presentó disfagia y vómitos, confirmándose estenosis de la anastomosis GY, por lo que requirió de 2 dilataciones endoscópicas con 15 días de intervalo, con las que el paciente recuperó el tránsito habitual, presentando un calibre de anastomosis de 1cm. y tolerando sin problemas la dieta.

CONCLUSIONES

Las cirugías de revisión son técnicas quirúrgicas complejas, y más si han sido abiertas y con varios procedimientos, como era este caso (gastroplastia con banda, bypass, vagotomía y colecistectomía). No obstante, es posible realizarlas por vía laparoscópica, lo cual permite una recuperación más precoz. En este caso presentó una estenosis de la anastomosis GY, probablemente a consecuencia de realizar el mismo calibre que hacemos en condiciones normales, sin tener en cuenta que en este paciente todos los tejidos estaban más engrosados, con fibrosis y con mayor manipulación que en una intervención primaria. No obstante, con dos dilataciones el paciente está asintomático y con muy buena calidad de vida, sin presentar la sintomatología por la que había consultado.

P-060

IMPORTANCIA DE LA SONDA DE CALIBRACIÓN EN LAS ESTENOSIS GASTROYEYUNALES DE BYPASS

M.A. Escartí (1), I. Rubió (2), J. Márquez (3), I. Mangas (4)

(1) *Clínica Escartí, Valencia;* (2) *Hospital 9 de Octubre, Valencia;* (3) *Clínica Virgen de la Vega, Murcia;* (4) *Hospital Virgen de la Paloma, Madrid*

OBJETIVOS

Estudiar la incidencia de estenosis en la anastomosis gastroyeyunal del bypass en función de la sonda de calibración.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro grupo ha realizado 243 bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR) y 216 bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA). Excepto 21 casos de BPGYR con anastomosis mecánica circular, el resto de anastomosis gastroyeyunales se han realizado en doble plano; cara posterior continua reabsorbible + mecánica echelon carga azul y cara anterior continua absorbible y puntos sueltos absorbible (todos los puntos de 3/0).

Todas las anastomosis se han realizado tutorizadas sobre 36 ó 40 F. Se utilizó 36 F en los primeros 310 casos y 40 F en los siguientes 138.

En los 438 casos, hemos recogido el número de casos que requirieron al menos 1 dilatación en función de la sonda de calibración, endoprótesis tras dilataciones repetidas insuficientes así como las reintervenciones por estenosis refractarias a dilataciones sucesivas y endoprótesis. Hemos recogido si el endoscopista consideraba que se trataba de un caso de torsión dinámica o kinking.

RESULTADOS

Calibre	1 dilatación	2 ó más	Endoprótesis	Cirugía
36 F (310 casos)	24/310(7.7%)	13/310 (4.2%)	6/310 (1.9%)	4 (1.3%) (los 4 BAGUA con diagnóstico de kinking)
40 F (138 casos)	7 (5%)	0	0	0

CONCLUSIONES

La utilización de una sonda de calibración 40F ha disminuido en nuestros pacientes de forma significativa las necesidades de dilatación, endoprótesis y reintervención.

P-061

CONVERSIÓN DE BYPASS GÁSTRICO A ANATOMÍA NORMAL CON O SIN GASTRECTOMÍA ASOCIADA DE MANERA SECUENCIAL (UN O DOS TIEMPOS) POR ABORDAJE ABIERTO O LAPAROSCÓPICO

M. Hidalgo, R. Vilallonga, O. González, J.M. Balibrea, E. Caubet, G.C. Romero, A. Ciudin, J.M. Fort López-Barajas

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Algunas de las complicaciones a largo plazo después del bypass gástrico por laparoscopia Roux-en-Y (LRYGB), como el síndrome de hipoglucemia, la recuperación del peso, grave dumping y caquexia se puede tratar mediante la reversión a la anatomía normal (AN). Una gastrectomía vertical (GV) se puede realizar durante el mismo procedimiento para evitar la recuperación de peso. Presentamos los casos consecutivos tratados en nuestro centro.

MÉTODOS

Presentamos los 4 pacientes sometidos a BPG que por motivos metabólicos se sometieron a conversión a AN con o sin GV simultánea o en dos tiempos. En el presente comunicación mostramos la evolución de la técnica y como el abordaje puede realizarse de manera simultánea o secuencial y por abordaje abierto al inicio de la experiencia y laparoscópico a medida que se incorporan nuevos conocimientos adquiridos así como estrategias quirúrgicas.

RESULTADOS

Un paciente fue convertido de BPG a AN en un primer tiempo abierto y en un posterior tiempo laparoscópico a GV. Dos pacientes fueron convertidos de BPG abierto (una antecólico y otra transmesocólico y con banda ajustable) por vía laparoscópica a GV. No hubo complicaciones en ninguno de los tres casos. Ninguno de los últimos 4 pacientes sufrió una complicación.

CONCLUSIONES

La conversión de BPG previo (abierto o laparoscópico; transmesocólico o antecólico; anillado o no) es una técnica requerida en casos seleccionados. El abordaje secuencial puede ser una alternativa pero la realización de la conversión a AN con GV añadida es posible y segura. La técnica de la GV al incluir una plicatura distal podría ayudar a evitar las complicaciones encontradas con GV típico durante conversión a AN.

P-058

DOLOR ABDOMINAL DE CAUSA INFRECUENTE EN PACIENTE SOMETIDA A BYPASS GÁSTRICO

F.M. González Valverde, D.M. Lujan Martínez, F.J. Rodenas Moncada, M.E. Tamayo Rodríguez, M. Vicente Ruiz, A. Sánchez Cifuentes, N. Martínez Sanz, A.J. Fernández López, N.V. García-Talavera Espín, A. Albarraín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

INTRODUCCIÓN

Las porfirias son enfermedades metabólicas poco frecuentes causadas por la hipoactividad en algunas de las enzimas que forman parte de la síntesis del grupo hem. Existen 7 tipos de porfirias en función del fallo enzimático, presentándose clínicamente algunas de ellas como crisis agudas de dolor abdominal acompañado de síntomas psico-neurológicos.

CASO

Mujer de 37 años, con antecedentes de Bypass gástrico (BPGL) 6 años antes con anemia ferropénica secundaria, dermolipectomía abdominal y mamoplastia de aumento dos años antes, histerectomía y Síndrome ansioso-depresivo, que consultó por dolor abdominal mesogástrico tras una colecistectomía laparoscópica realizada tres días antes. El dolor, de inicio en hemiabdomen superior, se había hecho continuo en las últimas horas. Se acompañaba de estreñimiento de 4 días de evolución.

No presentaba fiebre, vómitos ni sintomatología urinaria. En la exploración destacaba la ausencia de signos patológicos. Los estudios analíticos eran normales y la radiografía de abdomen mostraba distensión de asas intestinales. En la TC abdominal se evidenció “arremolinamiento” del mesenterio (Whirl-sign), diagnosticándose de obstrucción intestinal por bridas. Ante la persistencia de los síntomas el cirujano decidió la laparoscopia exploradora, encontrándose un abdomen normal.

En los 4 días siguientes el dolor se intensificó, adquiriendo carácter cólico, que no respondía a opiáceos. El deterioro progresivo del estado general, junto con la intensidad creciente del dolor abdominal, llevó de nuevo a la paciente a quirófano para laparotomía exploradora que resultó otra vez ser negativa. La aparición de otros síntomas como taquicardia, hipertensión, ansiedad, insomnio y alteraciones electrolíticas, junto con la aparición de debilidad de los 4 miembros ascendente y progresiva obligó a plantearse la posibilidad de una neuropatía carencial. Se inició tratamiento con Tiamina, magnesio y ácido fólico pero sin mejoría. Presentó incontinencia urinaria y fecal, seguida de debilidad proximal simétrica de MMII que ascendió a MMSS con progresiva dificultad motora y alteración de la sensibilidad en muslos.

Exploraciones complementarias: analítica sin alteraciones; RMN, serología y LCR negativos. El deterioro progresivo motor y gran disautonomía respiratoria llevó a la paciente a la UCI, donde se realizó la prueba de exposición solar de una muestra de orina, que resultó positiva. La analítica de porfirias en orina arrojó: ALA 23, porfirias 7131, porfobilinogeno 102, uroporfirinas 588, todas ellas elevadas. Porphirinas en heces positivo alto.

De esta forma quedó establecido el diagnóstico definitivo de Polineuropatía axonal aguda secundaria a Porfiria (coproporfiria hereditaria vs variegata). Se trató con Heminia, iniciando una lenta mejoría de su déficit. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

CONCLUSIONES

La porfiria es un defecto autosómico dominante de la biosíntesis del grupo HEM cuyo origen está en una reducción de la actividad de la enzima porfobilinógeno desaminasa. Su prevalencia en España es desconocida ya que la mayoría de los portadores del gen porfírico son asintomáticos. El dolor abdominal es el síntoma inicial en el 85% de los pacientes, la afectación del sistema nervioso autónomo es la responsable de los espasmos y dilatación de asas intestinales; el estreñimiento, náuseas y vómitos son frecuentes. Otros síntomas habituales son: taquicardia, ansiedad, confusión, afectación neuropática periférica motora y sensorial y convulsiones.

V-001 – Enlace: <https://goo.gl/i60ZPH>

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA ÚLCERA ANASTOMÓTICA REFRACTARIA POST- BYPASS GÁSTRICO

J. Barrenetxea Asua, I. Díez Del Val, C. Loureiro González, M. García Fernández, J. Ortiz Lacorzana, L. Hierro-Olabarria Salgado, S. García Herrero, J.E. Bilbao Axpe, J.J. Méndez Martín

Hospital de Basurto - Osakidetza, Bilbao

INTRODUCCIÓN

La úlcera marginal es una de las complicaciones más frecuentes del bypass gástrico, con una incidencia entre el 1% y el 25%. Las causas que intervienen en su génesis son la comunicación gastro-gástrica (se produce hasta en el 60% de los casos en que existe esta comunicación), la producción local de ácido en relación al tamaño del reservorio, la presencia de un cuerpo extraño visible (generalmente grapas de la anastomosis circular) o ser secundaria a isquemia; asimismo, se ha visto asociada a la toma de AINES y a la infección por *Helicobacter pylori*.

CASO CLÍNICO Y TÉCNICA QUIRÚRGICA

Presentamos el caso de un paciente de 45 años intervenido en junio de 2013 por obesidad mórbida (140 kg, IMC: 47) con DM tipo 2, SAHOS en tratamiento con CPAP, y antecedentes de IAM y TEP. Se realizó un bypass gástrico aislado por laparoscopia con anastomosis circular mecánica.

Tras viajar al extranjero, presenta episodios repetidos de intolerancia alimentaria que han sido tratados con IBP a altas dosis y varias dilataciones, sin respuesta. Valorado de nuevo en nuestra consulta en noviembre de 2014, el paciente presenta 57 kg de peso. Por gastroscopia se aprecia una úlcera anastomótica que ocupa 2/3 de la circunferencia que estenosa la luz. Mediante un tránsito alto se descarta comunicación gastro-gástrica. Tras comprobar la falta de respuesta al tratamiento conservador se propone cirugía.

Mediante acceso laparoscópico, tras la adhesiolisis, se observa que el borde lateral derecho de la anastomosis reservorio-yeyunal está íntimamente adherido al lóbulo hepático izquierdo. Durante el proceso de disección se abre el lecho ulceroso. Se reseca la anastomosis mediante sección proximal con endograpadora lineal a través del reservorio y distal en asa alimentaria y elaboramos una nueva anastomosis reservorio-yeyunal mediante sutura circular mecánica, introduciendo el Orvil-25 por vía transoral.

La evolución postoperatoria inmediata fue satisfactoria y al mes de la cirugía presenta una buena tolerancia alimentaria.

DISCUSIÓN

La úlcera marginal asociada a estenosis, una vez descartada una comunicación gastro-gástrica, habitualmente se trata con IBP y dilataciones neumáticas. Si éstas no son eficaces, puede requerir un tratamiento quirúrgico con reanastomosis y reducción del reservorio gástrico si éste es de gran tamaño. Debemos de valorar la realización de la anastomosis con sutura manual reabsorbible si hemos apreciado un cuerpo extraño visible (grapas) en el lecho ulceroso.

V-002 – Enlace: <https://goo.gl/YFdJ0a>

CONVERSIÓN DE BYPASS GÁSTRICO PROXIMAL A DISTAL POR PÉRDIDA INSUFICIENTE DE PESO

J.L.D.L. Cruz Vigo, J.M. Canga Presa, P. Sanz De La Morena

Clínica San Francisco, León

OBJETIVOS

Entre un 15% y un 35% de pacientes intervenidos de Bypass Gástrico (BG), presentarán pérdida insuficiente o reganancia de peso, representando ésta una de las causas de reintervención tras BG. El protocolo diagnóstico (tránsito baritado, endoscopia, TAC volumétrico) va dirigido a descartar causas quirúrgicas del fracaso como la dilatación de la bolsa, la fístula gastro-gástrico o la dilatación de la anastomosis que aconsejarían una actuación sobre el reservorio. Pero si las pruebas efectuadas son normales, además de la reeducación alimentaria y el apoyo psicológico, la actuación tiene que ir dirigida al intestino para ocasionar una mayor malabsorción. Dependiendo de la longitud total del intestino y de las medidas realizadas en la primera intervención, existen dos variantes técnicas. La más sencilla, si el asa alimentaria (AL) mide al menos 150 cm, es seccionarla a nivel de la anastomosis yeyuno- yeyunal y anastomosarla posteriormente a 100-150 cm de la válvula ileocecal que será la medida del asa común (AC). Con ello habremos prolongado el asa biliopancreática (BP) La segunda opción, más compleja, es tener que alargar no sólo el asa BP sino también el asa AL, lo cual requiere dos anastomosis.

PACIENTES Y MÉTODOS

Paciente femenina de 15 años de edad, con los siguientes datos antropométricos: Talla: 154 cm, Peso: 158 kg, peso ideal: 53 kg, exceso de peso: 105 kg, IMC: 67kg/m². Se realiza Bypass Gástrico con Banda por laparoscopia el 02/03/2005 con asa BP de 40 cm, asa AL 150 cm y el resto AC. Pasados 8 años, Peso: 124 kg, pérdida de peso: 34 kg, % E.P.P.: 32%, IMC: 52. Es reintervenida por laparoscopia en 2013. La secuencia de la intervención es la siguiente: medición del AC de 130 cm a partir de la válvula ileocecal. Se miden el AL, el asa BP y el resto del intestino. Se comienza alargando el asa alimentaria hasta los 230 cm, seccionando el intestino a ése nivel. El cabo distal se anastomosa al asa BP con lo que se consigue prolongar la misma. Cierre del meso. Anastomosis del AL al ileon a 130 cm de la válvula ileocecal siendo ésa la longitud del AC. Cierre del mesenterio. El resultado final es de un asa BP de 300 cm, AC 130 cm y AL de 230 cm. Tiempo operatorio 140 minutos. Evolución sin complicaciones, alta a las 72 horas postoperatorias.

RESULTADOS

Precisa como suplementos, aparte de complejo vitamínico completo, hierro oral y B12 inyectable. Transcurridos dos años de la segunda intervención la paciente está satisfecha con los siguientes parámetros respecto de la primera intervención: Peso: 100 kg, pérdida de peso: 58kg, % E.P.P.: 55%, IMC: 42 kg/m².

CONCLUSIONES

La reintervención por reganancia o pérdida de peso insuficiente tras un BG es una decisión que debe meditarse cuidadosamente. La reintervención puede realizarse con seguridad por laparoscopia, aún en el caso de tener que alargar las dos asas. Los resultados ponderales son peores respecto del BG primario. Es muy importante no crear un nuevo paciente con malabsorción severa, que requiera una tercera intervención.

V-003 – Enlace : <https://goo.gl/SfVEcE>

PERFORACIÓN DE ÚLCERA ANASTOMÓTICA TRAS BY-PASS GÁSTRICO

M. Gutiérrez Samaniego (1), I. Domínguez Sánchez (1), M. De La Fuente Bartolomé (1), M. Galán Martín (1), V. Vieiro Medina (1), E. Bra Insa (1), P. Gómez Rodríguez (1), E. Rodríguez Cuellar (1), J.L. De La Cruz Vigo (2), F. De La Cruz Vigo (1)

(1) Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; (2) Clínica San Francisco, León

INTRODUCCIÓN

La úlcera marginal es una de las complicaciones más frecuentes después del by-pass gástrico, con una incidencia que varía del 0.6 al 16 % según las series. Entre sus factores de riesgo se encuentran anastomosis poco perfundida, reacción a cuerpo extraño –grapas, sutura no absorbible–, fármacos antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, infección por *Helicobacter Pylori* o tabaquismo activo. En la mayor parte de los pacientes, la úlcera marginal se controla con tratamiento médico conservador, siendo la perforación una complicación infrecuente.

Presentamos el vídeo de una paciente, intervenida de by-pass gástrico laparoscópico, que acude a la Urgencia con abdomen agudo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 59 años, con antecedentes de hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus, colelitiasis y tabaquismo, con índice de masa corporal de 40.5, a la que se le realiza by-pass gástrico laparoscópico con asa alimentaria de

150 cm y cerclaje de reservorio gástrico con malla de polipropileno, con colecistectomía asociada, sin incidencias. Previamente se somete a tratamiento erradicador de *Helicobacter Pylori*.

A los cuatro meses, la paciente acude a Urgencias con dolor abdominal agudo de inicio en epigastrio e hipocondrio derecho, posteriormente irradiado a todo el abdomen, y un episodio de vómitos. En la analítica, leve aumento de reactantes de fase aguda. Se realiza TC, que objetiva neumoperitoneo con fuga de contraste oral a nivel de la anastomosis, por lo que la paciente es intervenida de urgencia.

RESULTADOS

Acceso laparoscópico mediante aguja de Veres. Se objetiva líquido bilioso libre supramesocólico, fibrina y perforación en la vertiente yeyunal derecha de la anastomosis gastroyeyunal. Se realiza sutura primaria de la perforación con monofilamento, más epiploplastia. Lavado de la cavidad abdominal, dejando drenaje tipo Jackson-Pratt en plano subfrénico izquierdo. Postoperatorio sin incidencias.

CONCLUSIÓN

La perforación ulcerosa ha de sospecharse en pacientes intervenidos de by-pass gástrico, que acuden a la urgencia con abdomen agudo, independientemente del momento evolutivo, sobre todo en fumadores activos. El tratamiento de elección es la laparoscopia urgente con sutura primaria y epiploplastia.

V-004- Enlace: <https://goo.gl/N9vyWY>

CONVERSIÓN LAPAROSCÓPICA DE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX, ABIERTO, SUPRAMESOCÓLICO, A ANATOMÍA NORMAL CON GASTRECTOMÍA VERTICAL ASOCIADA CON PRESERVACIÓN DE ASA ALIMENTARIA

J.M. Fort López Barajas, R. Vilallonga, O. González, J.M. Balibrea, E. Caubet, A. Ciudin, M. Armengol

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Algunas de las complicaciones a largo plazo después del bypass gástrico por laparoscopia Roux-en-Y (LRYGB), como el síndrome de hipoglucemia, la recuperación del peso, grave dumping y caquexia se puede tratar mediante la reversión a la anatomía normal (AN). Una gastrectomía vertical (GV) se puede realizar durante el mismo procedimiento para evitar la recuperación de peso. El motivo de este vídeo es describir aspectos técnicos sobre la evolución de la técnica de conversión de BPG a AN con GV añadida simultánea en una paciente afecta de hipoglucemias severas.

MÉTODOS

Para esta intervención, se utilizó una técnica de 5 trocar. Se consiguió la reversión completa a la anatomía normal con gastrectomía añadida. Al término del procedimiento, se realizó GV. Una bujía 34 French se utilizó en todos los casos. Se realizó gastrectomía vertical simultánea una vez realizada la regastogastomía. La identificación de las estructuras anatómicas y referencias es importante. La desvascularización del fundus del remanente gástrico permite objetivar mejor los límites del pouch gástrico. La GV típica, incluyendo desvascularización completa de la curvatura mayor y la resección grapada subsiguiente. La parte próxima a la antigua línea de grapas horizontal que coincide con la parte más distal no fue desvascularizada ni resecada, sino más bien plicada, con dos filas de suturas reabsorbibles. Es importante decidir si hay o no que resecar el asa alimentaria. Se realizó una de yeyunoyeyunostomía de desconexión para reconvertir el tránsito a anatomía normal con preservación alimentaria.

RESULTADOS

La paciente no sufrió ninguna complicación. Se realizó control postoperatorio para mostrar la forma de la GV de novo.

CONCLUSIONES

La conversión de BPG previo a AN con GV requiere de una importante planificación y conocimiento anatómico previo. Las estructuras deben ser identificadas, con un primer tiempo supramesocólico y inframesocólico posterior. Se intentan mostrar aspectos importantes de la técnica después de las modificaciones realizadas con la experiencia previa.

V-006 – Enlace: <https://goo.gl/6C3w2V>

HERNIA MEDIASTÍNICA CON ESTENOSIS GASTROYEYUNAL TRAS BY-PASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

I.M. Angulo Revilla, G. Martínez De Aragón Remírez De Esparza, J.M. Vitores López, V. Sierra Esteban, J. Valencia Cortejoso, I. Olabarria Muñoz, A. Maqueda Merino, C. Martínez Blázquez

Hospital Txagorritxu, Vitoria

Presentamos el caso de una paciente mujer obesa mórbida de 56 años intervenida de By-pass gástrico laparoscópico hace 7 años. Evolución postoperatoria sin complicaciones, con buena pérdida de peso y calidad de vida. Hace 3 años presenta perforación de una úlcera de boca anastomótica que requirió intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía.

En la actualidad presenta episodios de dolor abdominal y disfagia progresiva. Se realiza estudio esofagogástricoyeyunal con contraste baritado y TAC toracoabdominal en los que se diagnostican una hernia mediastínica y una estenosis casi completa de la anastomosis gastroyeyunal. En la endoscopia realizada no es posible el paso del endoscopio a través de la anastomosis gastroyeyunal.

El vídeo muestra la técnica laparoscópica, liberación de múltiples adherencias, reducción del contenido herniario (colon, asas intestinales y reservorio gástrico), la resección de la anastomosis estenosada, la reparación de la hernia diafragmática y la realización de una nueva anastomosis gastroyeyunal circular mecánica. Las hernias internas son una complicación relativamente frecuente de la cirugía bariátrica. Las más frecuentes son las de Petersen y las de los defectos mesentéricos. La hernia mediastínica es una complicación rara pero debemos sospecharla en todo dolor abdominal recurrente tras cirugía gastroesofágica. La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal es una complicación relacionada con las úlceras de boca anastomótica.

V-009 – Enlace: <https://goo.gl/NZoUbb>

ANASTOMOSIS GASTRO-YEYUNAL INCOMPLETA AL INCLUIR SOLO LA SEROSA GÁSTRICA DURANTE LA REALIZACIÓN DE UN BYPASS GÁSTRICO

A. Bueno Delgado, A. Ahmed

St. Mary 's Hospital, Londres

INTRODUCCIÓN

No es raro tener dificultades técnicas durante la realización de un bypass gástrico especialmente durante la realización de las anastomosis. Conviene detectar cualquier error intra-operatoriamente para poder evitar serias complicaciones postoperatorias.

OBJETIVOS

Mostrar lo fácil que puede llegar a ser realizar una anastomosis mecánica lineal incluyendo tan solo la serosa gástrica durante un bypass gástrico.

MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 61 años con un IMC de 58 kg/m² que ingresó para tratamiento quirúrgico de su obesidad. Las comorbilidades más importantes eran diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina, síndrome de apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP, hipertensión arterial tratada con tres fármacos, linfedema y artrosis en ambas extremidades inferiores.

RESULTADOS

Presentamos un grapado accidental iatrogénico al incluir solo la serosa gástrica durante la realización de un bypass gástrico. Realizábamos una anastomosis mecánica con una endo-grapadora lineal de 30 mm color beige. Percibimos el fallo intra-operatoriamente al ver la mucosa gástrica intacta y pudimos repararlo inmediatamente. Se realizó "leak test" y endoscopia digestiva para confirmar la estanqueidad de la anastomosis y descartar estenosis. El tiempo operatorio fueron 120 minutos. El resto de la intervención y el postoperatorio cursó sin incidencias siendo dada de alta al tercer día de la cirugía.

CONCLUSIÓN

Es importante detectar intra-operatoriamente cualquier fallo durante la realización de una anastomosis para poderle dar solución de forma inmediata. Apertura de la mucosa y cierre con puntos sueltos puede ser una alternativa segura para solucionar este grapado incompleto y evitar así rehacer toda la anastomosis.

V-011 – Enlace: <https://goo.gl/oc7JPs>

GRAPADO DE SONDA NASOGÁSTRICA COMO COMPLICACIÓN INTRAOPERATORIA DEL BY-PASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

M. Recarte Rico, L. Cristobal Poch, R. Corripio Sánchez, E. Gutiérrez Íscar, E. Álvarez Peña, J. Díaz Domínguez, G. Vesperinas García

Hospital Universitario La Paz, Madrid

OBJETIVOS

Las complicaciones intraoperatorias son una entidad frecuente y conocida en cirugía bariátrica debido a la complejidad técnica de este tipo de intervenciones. El conocimiento de su incidencia, mecanismos de producción y las alternativas para su resolución, son básicas para la formación de todo cirujano bariátrico y para conseguir la mayor seguridad intraoperatoria posible para el paciente.

Presentamos el caso de una paciente en cuya intervención se grapó de forma accidental la sonda nasogástrica durante la confección del reservorio gástrico y la resolución de dicha complicación intraoperatoriamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 39 años con antecedentes personales de Obesidad Mórbida (IMC 45 Kg/m²), Síndrome del ovario poliquístico y carcinoma papilar de tiroides tratado con tiroidectomía total.

Tras valoración en la consulta externa de la Unidad de Cirugía Bariátrica previo cumplimiento del protocolo preoperatorio de la Unidad Médico-Quirúrgica de Obesidad de nuestra institución, se propone cirugía bariátrica (By-pass gástrico laparoscópico).

RESULTADOS

La paciente es intervenida en Noviembre de 2014.

Se realiza by-pass gástrico laparoscópico en cuya intervención se produce de forma accidental el grapado de la sonda nasogástrica durante la confección del reservorio gástrico. Se resuelve intraoperatoriamente con liberación de la misma (tanto del reservorio gástrico como del estómago excluido) mediante disección con el bisturí ultrasónico. Evoluciona satisfactoriamente realizándose el EGD de control al 4^o día postoperatorio según el protocolo de la Unidad.

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica no está exenta de complicaciones. El cirujano bariátrico en ocasiones debe enfrentarse a complicaciones intraoperatorias que pueden considerarse un auténtico reto. Por tanto, consideramos esencial que este tipo de cirugías se realicen por grupos con experiencia.

V-013 – Enlace: <https://goo.gl/n16Qz6>

COMPLICACIÓN INTRAOPERATORIA DE LA ANASTOMOSIS TRANSORAL

B.A.D. Urrutia Nadal, V. Vigorita, P. Troncoso Pereira, C. Samartín Toimil, L. Garrido López, I. Maruri Chimeno, I. Otero Martínez, M.H. Pardellas Rivera, P. Jove Albores, J.E. Casal Núñez

Hospital Meixoeiro Chuvi, Vigo

INTRODUCCIÓN

La anastomosis transoral mecánica mediante Or-Vil™ es una técnica frecuentemente empleada en la realización del ByPass gástrico como tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida.

MATERIAL

Presentamos este vídeo, donde mostramos una intervención de este tipo, en el que surge una complicación durante la realización de la anastomosis gastro-yeyunal mediante Or-Vil™, que se resuelve satisfactoriamente sin necesidad de conversión.

CONCLUSIÓN

Creemos necesario mostrar este tipo de complicaciones y la posible manera de resolverlas, ya que consideramos que un cirujano bariátrico debe tener los conocimientos, los recursos y la experiencia suficiente para resolver las incidencias que puedan presentarse de manera segura y sin conversión.

V-014 – Enlace: <https://goo.gl/jH4PBd>

PERFORACIÓN INSTRUMENTAL PRÓXIMA AL PIE DE ASA EN Y DE ROUX

E. Bra Insa (1), P. Yuste (1), I. Domínguez (1), A. Moreno (1), M. Gutiérrez (1), D. Díaz (1), P. Gómez (1), J. Canga (1), J.L. De La Cruz Vigo (2), F. De La Cruz Vigo (1)

(1) Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; (2) Clínica San Francisco, León

OBJETIVOS

La lesión de un asa intestinal por un instrumento durante la laparoscopia puede pasar inadvertida durante la cirugía y constituir una gran complicación. Presentamos un vídeo del tratamiento de una perforación proximal a la anastomosis entero-entérica en el postoperatorio inmediato de una intervención de by-pass gástrico por obesidad mórbida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 60 años con antecedentes de hipertensión, diabetes, hernia hiatal con ERGE no erosiva y obesidad con un IMC de 38 que ingresa en nuestro hospital tras completar el protocolo de obesidad para intervención quirúrgica de by-pass gástrico y reparación de hernia de hiato. En la cirugía se objetiva gran hernia hiatal de tipo mixto procediendo a reducir el estómago a la cavidad abdominal y a cerrar los pilares con puntos de seda. Posteriormente se realiza by-pass gástrico metabólico con reservorio a expensas de curvatura menor gástrica sobre sonda de

34 Fr, anastomosis yeyuno-yeyunal latero-lateral a 200 cm de ángulo de treitz con endo-GIA y cierre con sutura barbada y anastomosis gastro-yeyunal termino-lateral con endo-GIA y cierre con sutura barbada de 3/0. Se procede a comprobar estanqueidad de la anastomosis gastro-yeyunal con azul de metileno y se coloca drenaje tipo Jaacson- Pratt subhepático. El primer día postoperatorio la paciente presenta taquicardia acompañada de dolor abdominal y aumento de reactantes de fase aguda en la analítica, se estabiliza a la paciente con medidas de reanimación y se realiza TC abdominal urgente con contraste oral que evidencia un punto de fuga próximo a la anastomosis entero-entérica y un dudoso punto de fuga en la unión gastro-esofágica. Se decide intervención quirúrgica urgente por laparoscopia donde se objetiva perforación del asa biliopancreática 1 cm proximal a la anastomosis entero-entérica de 1 cm de diámetro aproximadamente. Se revisa de manera exhaustiva el resto de estructuras del tracto intestinal sin encontrar fuga en ningún otro punto. Posteriormente se procedió a realizar sutura simple de la perforación con lavado de cavidad y se colocaron dos drenajes más, uno en el ambiente de la sutura de yeyuno y el otro en el subcutáneo del trócar de hipocondrio izquierdo por donde había filtrado líquido bilioso intraperitoneal.

RESULTADOS

La paciente presentó un postoperatorio tórpido con presencia de fiebre de larga evolución. Se identificaron varios focos durante el ingreso, una colección paraesofágica de 4 cm acompañada de derrame pleural bilateral, se diagnosticó una trombosis séptica de la vena yugular derecha donde había portado un catéter central y presentó infección de la herida quirúrgica del trócar de hipocondrio izquierdo. Todo se manejó con antibioterapia y tratamiento conservador evolucionando satisfactoriamente. Al mes del alta la paciente re-ingresó por vómitos persistentes, diagnosticándose por endoscopia una estenosis de la anastomosis gastro-yeyunal que se consiguió dilatar sin complicaciones.

CONCLUSIONES

El conocimiento y protocolo de actuación ante las complicaciones tras la cirugía bariátrica son un punto clave en la formación del cirujano general y, sobretudo, bariátrico. Las perforaciones intestinales no anastomóticas son una complicación infrecuente normalmente causada por obstrucción, isquemia o por la manipulación instrumental, es importante sospecharlas y tratar quirúrgicamente el problema a tiempo.

V-015 – Enlace: <https://goo.gl/5q5vph>

ABORDAJE DE LESIONES SUBMUCOSAS GÁSTRICAS DURANTE BY-PASS

A. Moreno Bargueiras (1), M. De La Fuente (1), E. Bra (1), M. Gutiérrez (1), I. Domínguez (1), M. Galán (1), P. Gómez (1), P. Yuste (1), J.L. De La Cruz Vigo (2), F. De La Cruz Vigo (1)

(1) Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; (2) Clínica San Francisco, León

INTRODUCCIÓN

Las lesiones submucosas gástricas generalmente, son hallazgos incidentales en la exploración endoscópica. El diagnóstico diferencial incluye lesiones benignas, malignas, vasos intramurales o compresiones extrínsecas. Dentro del estudio preoperatorio para la cirugía de la obesidad está incluida la realización de una gastroscopia para valorar la existencia de patología o lesiones que requieran un tratamiento, ya que según la técnica empleada puede imposibilitarse un seguimiento posterior. En caso del diagnóstico de lesiones gástricas previas a un By-pass laparoscópico podría valorarse la necesidad de una gastroscopia terapéutica o en algunos casos plantear una abordaje laparoendoscópico intraoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 44 años de edad, sin comorbilidades asociadas y con índice de masa corporal (IMC) de 48.4, que acude para someterse a cirugía de la obesidad Mórbida. Dentro de las pruebas preoperatorias destaca una gastroscopia donde se aprecia gastritis superficial sin H.Pylori y una lesión submucosa en antro sugerente de leiomioma.

RESULTADO

Ante los hallazgos descritos se decide realizar By-pass gástrico laparoscópico asociado a endoscopia intraoperatoria para valorar dicha lesión. Durante la endoscopia describen en cara anterior del antro una lesión submucosa de 25 mm, indicando mediante transiluminación su localización, permitiéndonos marcarla mediante un punto de sutura. A continuación procedemos a realizar gastrotomía y resección de la lesión. Se envía la pieza de forma intraoperatoria informándose finalmente como lipoma, por lo que se procede a la realización de by-pass gástrico con banda.

CONCLUSIÓN

El abordaje combinado laparo-endoscópico nos permite una localización precisa de las lesiones gástricas, facilitando por tanto el acto quirúrgico laparoscópico. Además, en los pacientes obesos puede existir una limitación especial a la hora de abordar y localizar por laparoscopia lesiones situadas en la cara posterior del estómago. La combinación de laparoscopia y endoscopia es una excelente solución a este problema técnico. En el futuro la combinación de ambas técnicas dará como resultado abordajes menos complejos, que a su vez derivará en un beneficio para los pacientes.

V-020 – Enlace: <https://goo.gl/OX8PhA>

CONVERSIÓN LAPAROSCÓPICA DE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX, ANILLADO, POR CIRUGÍA ABIERTA, TRANSMESOCÓLICO, A ANATOMÍA NORMAL CON GASTRECTOMIA VERTICAL

R. Vilallonga Puy, J.M. Fort López Barajas, E. Caubet, O. González, J.M. Balibrea, R. Burgos, M. Guerrero, A. Ciudin, J. Mesa, M. Armengol

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Algunas de las complicaciones a largo plazo después del bypass gástrico por laparoscopia Roux-en-Y (LRYGB), como el síndrome de hipoglucemia, la recuperación del peso, grave dumping y caquexia se puede tratar mediante la reversión a la anatomía normal (AN). Una gastrectomía vertical (GV) se puede realizar durante el mismo procedimiento para evitar la recuperación de peso. El motivo de este vídeo es describir aspectos técnicos sobre la evolución de la técnica de conversión de BPG abierto transmesocólico anillado a AN con GV añadida simultánea en una paciente afecta de hipoglucemias severas.

MÉTODO

Para esta intervención, se utilizó una técnica de 5 trocar. Se consiguió la reversión completa a la anatomía normal con gastrectomía añadida. Al término del procedimiento, se realizó GV. La desvascularización del fundus del remanente gástrico permite objetivar mejor los límites del pouch gástrico. Comprender el paso del asa transmesocólico es fundamental en la técnica. La transección de las anastomosis gastroyeyunal debe hacerse por encima de la banda gástrica. Se realizó gastrectomía vertical simultánea una vez realizada la regastogastomía manual. Una bujía 34 French se utilizó en todo momento. La identificación de las estructuras anatómicas y referencias es importante. La GV típica, incluyendo desvascularización completa de la curvatura mayor y la resección grapada subsiguiente. La parte próxima a la antigua línea de grapas horizontal que coincide con la parte más distal no fue desvascularizada ni reseca, sino más bien plicada, con dos filas de suturas reabsorbibles. Se realizó cierre del mesocolon. Es importante decidir si hay o no que reseca el asa alimentaria. Se realizó una de yeyunoyeyunosomía de desconexión para reconvertir el tránsito a anatomía normal en este caso.

RESULTADOS

La paciente no sufrió ninguna complicación. Se realizó control postoperatorio para mostrar la forma de la GV de novo.

CONCLUSIONES

La conversión de BGP previo abierto anillado a AN con GV requiere de una importante planificación y conocimiento anatómico previo. Las estructuras deben ser identificadas, con un primer tiempo supramesocólico y inframesocólico posterior.

Se intentan mostrar aspectos importantes de la técnica después de las modificaciones realizadas con la experiencia previa.

V-023 – Enlace: <https://goo.gl/DW8dQK>

CONVERSIÓN LAPAROSCÓPICA DE SINGLE ANASTOMOSIS DUODENO-ILEAL BYPASS WITH SLEEVE GASTRECTOMY (SADI-S) A DUODENOYEYUNOSTOMIA PROXIMAL EN UNA SOLA ANASTOMOSIS COMO ESTRATEGIA PARA SÍNDROME MALABSORPTIVO SEVERO

R. Vilallonga, J.M. Fort López-Barajas, E. Caubet, J.M. Balibrea, O. González, M. Kraft, N. Ridaura, M. Armengol

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

INTRODUCCIÓN

El Single anastomosis duodeno–ileal bypass con gastrectomía vertical (SADI -GV) considerado en un tiempo o dos es una técnica implementada recientemente con buenos resultados y su base conceptual deriva de la derivación biliopancreática. En algunos casos algún paciente sufre de una técnica demasiado potente y mantiene con dificultad los niveles adecuados de sus parámetros biológicos.

El motivo de este vídeo es describir aspectos técnicos sobre una de las opciones de conversión de SADI a otra técnica para mejorar los aspectos malabsorptivos, en concreto a una duodenoyeyunostomía proximal en una asa en una paciente afecta de malnutrición severa.

MÉTODO

Para esta intervención, se utilizó una técnica de 4 trocar. Es importante identificar las estructuras previas de la GV, con la anastomosis duodenoileal previa. Es fundamental contar las longitudes del asa aferente ileal para poder determinar eventualmente aspectos técnicos y aspectos de malnutrición. Se realiza una transección horizontal de la anastomosis duodenoileal previa. Una vez liberada la anastomosis, se disecciona el duodeno para poder realizar la posterior duodenoyeyunostomía con una asa a unos 50 cm del ángulo de Treitz. Pensamos que las anastomosis manuales en 4 planos autorizadas son de gran calidad. Una bujía 34 French se utilizó en todo momento.

RESULTADO

La paciente no sufrió ninguna complicación. Se realizó control postoperatorio para mostrar la forma de la GV de novo con la anastomosis duodenoyeyunal. La paciente presenta un buen estado general con ganancia de peso y normalización de los parámetros analíticos.

CONCLUSIONES

La conversión de SADI-S a duodenoyeyunostomía proximal por síndrome malabsorptivo severo es una técnica que puede ser requerida en pocos casos y seleccionados. Algunos aspectos técnicos y opciones se imponen. Se intentan mostrar aspectos importantes de la técnica después de las modificaciones realizadas con la experiencia previa.

V-025 – Enlace: <https://goo.gl/h1BquZ>

DUODENOYEURONOSTOMIA PROXIMAL EN UNA SOLA ANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA COMO TÉCNICA PARA EL TRATAMIENTO DE UN SÍNDROME MALABSORPTIVO SEVERO DESPUÉS SINGLE ANASTOMOSIS DUODENO-ILEAL BYPASS WITH SLEEVE GASTRECTOMY (SADI-S)

J.M. Fort López-Barajas, R. Vilallonga, O. González, G.C. Romero, J.M. Balibrea, E. Caubet, E. Talavera, R. Burgos, E. Gil, M. Armengol

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

INTRODUCCIÓN

El Single anastomosis duodeno–ileal bypass con gastrectomía vertical (SADI -GV) como primer o segundo tiempo se está implementando con buenos resultados. Su base conceptual deriva de la derivación biliopancreática. Presentamos una paciente que sufrió una severa malnutrición que requirió múltiples ingresos hospitalarios y en unidad de cuidados intensivos.

El motivo de este vídeo es describir aspectos técnicos sobre una de las opciones de conversión de SADI-S a otra técnica para mejorar los aspectos malabsorptivos, en concreto a una duodenoyeuronostomía proximal en una sola anastomosis en una paciente afecta de malnutrición severa.

MÉTODO

Para esta intervención, se utilizó una técnica de 4 trocar. Es importante identificar las estructuras previas de la GV, con la anastomosis duodenoileal previa. Se realiza una transección horizontal de la anastomosis duodenoileal previa. Una vez liberada la anastomosis, se disecciona el duodeno para poder realizar la posterior duodenoyeuronostomía proximal con una asa a unos 50 cm del ángulo de Treitz. Pensamos que las anastomosis manuales en 4 planos autorizadas con de gran calidad. Es importante tutorizar la nueva anastomosis. Es fundamental contar las longitudes del asa aferente ileal para poder determinar eventualmente aspectos técnicos y aspectos de malnutrición.

RESULTADO

La paciente no sufrió ninguna complicación. Se realizó control postoperatorio para mostrar la forma de la GV de novo con la anastomosis duodenoyeuronal proximal.

La paciente presenta en la actualidad un buen estado general con ganancia de peso y normalización de los parámetros analíticos.

CONCLUSIONES

Se presentan los aspectos técnicos de la conversión de SADI-S a duodenoyeuronostomía proximal por síndrome malabsorptivo severo. Esta es una técnica que puede ser requerida en pocos casos y seleccionados.