

Gastrectomía vertical (Comunicaciones orales, posters y vídeos)

SECO 2015

O-003

INFLUENCIA DE FACTORES PREOPERATORIOS EN RESULTADOS A CORTO PLAZO EN PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA

A. Bañuls Matoses (1), N. Orozco (1), Ú. Ponce (1), N. Krystek (1), D. Reinaldo (1), M.M. Delgado (2), L. Martínez (1), C. Montesinos (1), J. Carbó (1), F. Caro (1)

(1) Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francisc de Borja, Gandía; (2) Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

OBJETIVOS

Evaluar los factores preoperatorios que se relacionan con una mayor pérdida de peso en los pacientes intervenidos mediante la técnica de gastrectomía tubular laparoscópica.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos entre Diciembre de 2006 y Diciembre de 2014 en nuestro centro incluyendo las variables, edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, situación personal, perfil de comedor, índice de masa corporal, peso inicial, peso previo a la preparación preoperatoria, peso en la intervención así como el peso a los 6 meses, 1 año y 2 años postintervención. Se llevó a cabo un estudio en el que se evaluó la pérdida de peso (kg/mes) en diferentes puntos en el tiempo tras la intervención (6 meses, 1 y 2 años) mediante un análisis de regresión lineal segmentada. A través de un análisis estratificado, se comparó la pérdida de peso estimada en cada intervalo entre pacientes que alcanzaron o no en el periodo preoperatorio un descenso mayor o igual al 10% de peso su peso inicial. Se incluyeron términos de interacción para explorar si la pérdida de peso fue estadísticamente diferente en función del sexo, edad del paciente, índice de masa corporal inicial, nivel de estudios, situación personal, situación laboral, pérdida de peso preoperatoria y si ésta última fue superior o no al 10% del peso inicial.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 94 pacientes, 30 hombres y 64 mujeres, con una edad media de 42 años (rango: 19-63). Se observó que la pérdida de peso por mes fue mayor durante los 6 meses siguientes a la intervención, con un descenso de 4.5 kg/mes (intervalo de confianza (CI) 95%: 4.8-4.1), disminuyendo hasta los 600g (IC 95%: 950-300) por mes de los 6 meses a 1 año tras la intervención, y estabilizándose al año siguiente (50 g/mes (IC 95%:

120-230)). El descenso de peso a largo plazo fue ligeramente mayor si el paciente alcanzó una pérdida de peso preoperatorio satisfactorio, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, se observó que la pérdida de peso inmediata (en los 6 primeros meses) fue mayor en hombres y pacientes de mayor edad.

CONCLUSIONES

Los resultados a corto plazo en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica mediante gastrectomía tubular laparoscópica son mejores en aquellos pacientes de mayor edad, hombres y con mayor pérdida de peso durante el período preoperatorio.

O-008

EFFECTOS PONDERALES Y METABÓLICOS A LARGO PLAZO DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL CALIBRADA CON SONDA DE 50 FR

J. Ruiz-Tovar (1), L. Zubiaga (2), M. Diez (2), R. Martínez (2), J.M. Bonete (2), J. González (1), A. García (1), M. Jiménez (1), C. Ferrigni (1), M. Durán (1)

(1) Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles; (2) Hospital General Universitario, Elche

INTRODUCCIÓN

La mayoría de cirujanos bariátricos calibran la gastrectomía vertical con sonda de Foucher entre 32 y 36 Fr. Las sondas de mayor calibre se han asociado a reganancia de peso a medio-largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional prospectivo de todos los pacientes sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica con un periodo de seguimiento mínimo de 5 años. El criterio de selección de pacientes para ser sometidos a esta técnica era una pérdida de exceso peso prequirúrgica de al menos un 10% durante 6 meses.

RESULTADOS

Analizamos 40 mujeres con una edad media de 44,1 años (rango 31-60) y un IMC preoperatorio de 46,9 Kg/m². Como comorbilidades preoperatorias, el 32% eran diabéticos, 30% hipertensos, 40% dislipémicos y un 20% presentaban SAOS. Al año de la intervención, el IMC medio era de 28,4 Kg/m² con un porcentaje de exceso de peso perdido (PEPP) del 81,8%. La tasa de resolución al año de la diabetes mellitus fue del 83%, la de la hipertensión del 92% y la del SAOS del 100%. La hipertrigliceridemia se normalizó en todos los pacientes que la presentaban, pero la hipercolesterolemia sólo se normalizó en el 15% de los pacientes. A los 2 años de la intervención, el IMC medio era de 27,5 Kg/m², con un PEPP del 87,3%. La tasa de resolución de comorbilidades fue la misma que al año de la cirugía. A los 5 años de la intervención, el IMC medio era de 28,9 Kg/m² con un PEPP del 77,9%. La tasa de resolución de la diabetes mellitus fue del 80%, la de la hipertensión del 88% y la del SAOS del 100%. La hipertrigliceridemia seguía normalizada en todos los pacientes que la presentaban y la hipercolesterolemia permanecía dentro de límites normales en el 12% de los pacientes que previamente la tenían elevada.

CONCLUSIÓN

La gastrectomía vertical consigue unos excelentes efectos ponderales y de resolución de comorbilidades a medio- largo plazo. En nuestra opinión, los resultados dependen más de la correcta selección de los candidatos que de utilizar sondas más estrechas.

O-010

EVALUACIÓN DE IMC, ADIPOSIDAD CALCULADA MEDIANTE FÓRMULA CUNBAE, ÍNDICE ATEROGÉNICO E ÍNDICE DE FRAMINGHAM COMO MARCADORES DE ÉXITO DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL

J. Ruiz-Tovar (1), L. Zubiaga (2), M. Diez (2), J. González (1), A. García (1), C. Ferrigni (1), M. Jiménez (1), P. Vorwald (3), M. Duran (1)

(1) Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles; (2) Hospital General Universitario, Elche; (3) Fundación Jiménez Díaz, Madrid

INTRODUCCIÓN

El IMC es el parámetro más utilizado para evaluar el efecto de la cirugía bariátrica. Pero ésta no se efectúa con fines estéticos, sino para reducir las comorbilidades asociadas a la obesidad, y dentro de ellas, reducir el riesgo de eventos cardiovasculares. El IMC puede resultar engañoso para ciertas complejidades corporales, por lo que se han propuesto otros parámetros como la adiposidad, el índice de Framingham de riesgo cardiovascular (IFRCV) o el Índice aterogénico (IA) (cociente colesterol total/HDL) como predictor de riesgo cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional prospectivo de pacientes sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica y con un periodo de seguimiento mínimo de 1 año. Analizamos la evolución de IMC, adiposidad, IFRCV e IA.

RESULTADOS

Analizamos 140 pacientes. El IMC preoperatorio fue de 49,1 Kg/m², con una adiposidad del 54,8%, un IFRCV 7,54% y un IA de 4,2. A los 12 meses el IMC era de 28,4 Kg/m², con una adiposidad del 39,4%, un IFRCV del 3,7% y un IA de 1,64. En función de estos resultados, a los 12 meses el IMC medio está en rango de sobrepeso, la adiposidad en niveles de obesidad (Obesidad cuando >25% en hombres y >35% en mujeres), el IFRCV en rango de riesgo cardiovascular bajo (<5%) el IA dentro del rango de normalidad (<3). Correlacionando estos parámetros observamos que el IMC se correlaciona con la adiposidad tanto en valores preoperatorios (Pearson 0,486; p=0,004), postoperatorios (Pearson 0,957; p<0,001), como en la diferencia entre ambos (Pearson 0,606; p=0,017), lo cual es lógico, porque el IMC se incluye en la fórmula CUNBAE. En los valores postoperatorios se objetiva una correlación de la adiposidad con el IA (Pearson 0,517; p=0,049) y con el IFRCV (Pearson 0,814, p=0,036). En los valores preoperatorios, no se objetivan dichas correlaciones. EL IMC no mostró correlación con adiposidad o IFRCV en ninguna de las mediciones.

CONCLUSIÓN

La adiposidad muestra una clara correlación con índices de riesgo cardiovascular, como el índice de Framingham o el Índice aterogénico, en las determinaciones postoperatorias, no así en las preoperatorias. No se ha podido demostrar correlación con el IMC, por lo que la adiposidad parece un mejor marcador de riesgo cardiovascular. No obstante, niveles de adiposidad considerados como obesidad, se correlacionan con Índices de Framingham de bajo riesgo e Índice Aterogénico dentro de la normalidad, por lo que debería plantearse modificar los niveles de referencia de la adiposidad, al menos para población obesa mórbida sometida a cirugía bariátrica.

O-016

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO (5-8 AÑOS) DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL

C. Serra Díaz, N. Pérez Climent, R. Bou Pérez, A. Baltasar Torrejón, M. Ortín

Hospital Virgen Lirios, Alcoy

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es la técnica bariátrica que más ha crecido en número en los últimos dos años, pero son pocos los resultados a largo plazo publicados. Además, no existe un consenso claro sobre cómo se debe realizar la GVL de manera óptima. A la GVL se le atribuye una incidencia mayor de fugas, reflujo gastroesofágico (RGE) y estenosis en comparación con el cruce duodenal. Durante la corta vida de la GVL la tendencia ha sido la realización de tubos gástricos cada vez más estrechos para conseguir mejores resultados ponderales y menor aparición de RGE a expensas de una mayor incidencia de fugas y estenosis.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Analizar los resultados a largo plazo (5-8 años) de la GVL.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde 2002-2009 hemos intervenido a 234 pacientes obesos mórbidos (OM). De ellos, 163 eran mujeres, 71 eran varones, con una edad media de 42 años (rango: 10-70). El IMC medio fue 44 (35-80), 29 pacientes eran superobesos (SO>50 IMC), 64/234 pacientes presentaban DM tipo II (29%), 63/234 (27%) eran hipertensos, con apnea del sueño en 20/234 (9%) y 29/234 (12%) presentaban hipercolesterolemia.

RESULTADOS

Durante el período de seguimiento, se objetivó hemorragia auto limitada en 3 pacientes (1,2%), 3/234 (1,2%) fugas en la unión esofago-gástrica (UEG) y la mortalidad fue del 0,9% (2/234), uno por trombo embolismo pulmonar y el otro por una fistula crónica de aparición tardía una año después de la GVL. Seis pacientes precisaron cirugía de revisión: 1 re gastrectomía y cruce duodenal por fracaso en la pérdida de peso, 1 a Bypass gástrico por RGE intratable, 1 a cruce duodenal como segundo tiempo de la cirugía, 2 con anastomosis esofago-yeyunal por fistulas crónicas en la UEG y 1 re gastrectomía y SADDI-S por DM tipo II.

El IMC medio permaneció por debajo de 35 en el 93% de todos los pacientes, en el 97% del grupo con IMC<50, y en el 59% de los del grupo de IMC>50. La pérdida de peso expresada como %EPP y de %EIMCP para el grupo con IMC<50 fue del 80% a 96 meses y del 70% para el grupo con IMC>50. El %EPP>50% se alcanzó en 93% del total de pacientes operados, en 94% de los de IMC<50 y en 91% de los de IMC>50. El %EIMCP>50% se alcanzó en 96% del total de pacientes, en 97% de los de IMC<50 y en 95% de los de IMC>50.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los principales argumentos en contra de la GVL han sido la incidencia de fugas (0-7%), las estenosis, la aparición de RGE dos años después de la cirugía y la tendencia a la re-ganancia de peso a partir de las 5 años de seguimiento. Nosotros realizamos una GVL con un tubo estrecho calibrado con una sonda de 12 mm. tras lo cual la incidencia de RGE, estenosis, fugas ha sido escasa y los resultados ponderales a largo plazo (5-8 años) han sido muy buenos y mantenidos en el tiempo.

O-023

ESTUDIO PILOTO SOBRE REFLUJO ÁCIDO Y BILIAR ASINTOMÁTICO EN PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

J.F. Ruiz Rabelo, N. Díaz Jiménez, L. Mena Bares, C. Muñoz Jiménez, R. Alhambra Expósito, A. Membrives Obrero, D. Cobo Padilla, J.A. Vallejo Casas, J. Briceño Delgado

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN

El efecto que la gastrectomía vertical tiene sobre el reflujo gastro-esofágico (RGE) sigue siendo un tema controvertido. La detección de pacientes con enfermedad por RGE es un factor de vital importancia en la vigilancia de la esofagitis y el esófago de Barrett ya que en muchos casos se trata de pacientes jóvenes con una larga expectativa de vida.

OBJETIVO

Conocer la tasa de reflujo asintomático en pacientes tras GVL. Estudiar la concordancia entre síntomas de ERGE o dispepsia y estudio de reflujo ácido y biliar tras gastrectomía vertical laparoscópica.

MATERIAL Y PACIENTES

Fueron seleccionados pacientes con IMC ≥ 40 kg/m² y edades comprendidas entre los 18 y los 65 años. Se descartaron aquellos con ERGE o hernia de hiato diagnosticada mediante estudio preoperatorio con tránsito y cuestionario. Los pacientes con sintomatología dudosa fueron sometidos a estudio mediante pHmetría y manometría. Los pacientes fueron sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica por el mismo equipo de cirujanos. Siempre por encima de los 6 meses de la intervención quirúrgica se les entregaron a todos los pacientes los cuestionarios GERD-Q y ROMA III validados y adaptados para su uso en castellano. Además se les realizó una gammagrafía de reflujo gastroesofágico, con 0,5mCi de 99mTc-Nanocloides acompañado de zumo de piña. Para valorar reflujo biliar se realizó gammagrafía con IDA, en la que se les administró 5mCi 99mTc-BrIDA intravenoso, tomando imágenes inmediatas e imágenes estáticas tardía a las 2 horas y media de la inyección.

RESULTADOS

Treinta y cuatro pacientes en los que se descartó ERGE preoperatorio fueron incluidos para el estudio. De ellos cuatro presentaron RGE en la gammagrafía con 99mTcNanocoloide (11,8%) y en dos se objetivó la presencia de reflujo biliar al realizar IDA (5,9%); ningún paciente presentó reflujo mixto. En cuanto a la sintomatología digestiva referida 10 pacientes presentaron clínica de RGE en el cuestionario GERD-Q, siendo severo en 3 de ellos. De los pacientes en los que se objetivó RGE en la gammagrafía el 100% de ellos presentaban criterios clínicos en la encuesta GERD-Q (el 75% presentaban criterios de RGE severo y el 25% de RGE), además la severidad de la sintomatología estaba relacionada con el número de episodios de RGE durante la exploración. Respecto a los criterios de ROMA III, seis de los pacientes cumplían criterios para pirosis funcional y cinco de ellos para dispepsia funcional, esta a su vez dividida en síndrome de distress postprandial y síndrome de dolor epigástrico.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio piloto muestran una buena correlación entre síntomas de reflujo gástrico y gammagrafía 99mTcNanocoloide. No encontramos casos de reflujo alimenticio asintomático pero si dos pacientes con reflujo biliar que no presentaban síntomas en los cuestionarios utilizados.

O-025

POSIBLE INFLUENCIA DE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE OBESIDAD DE LOS PACIENTES, EN EL RESULTADO DE LA GVL A DOS AÑOS

J.V. Ferrer Valls, Á. Sanahuja, Y. Melero Puche, S. Ferrando Herranz, M. Sebastián Machí

Clínica Obesitas, Valencia

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía vertical por laparoscopia (GVL), es un efectivo método restrictivo de cirugía bariátrica, aunque no es igual de eficaz para todo tipo de pacientes. Siempre hemos contado con la hipótesis de que los antecedentes familiares de obesidad, pueden jugar un papel destacado en la respuesta del paciente a una operación de obesidad. El objetivo de este estudio es evaluar si los pacientes con más miembros obesos en su familia directa, tienen tendencia a perder menos peso tras una operación de obesidad.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se han recogido de forma retrospectiva y aleatoria, a 27 pacientes intervenidos de forma consecutiva, por una mismos equipo y similar técnica quirúrgica. Los únicos criterios de inclusión han sido, IMC precio > 35, seguimiento mínimo 24 meses. Los antecedentes familiares de obesidad se recabaron mediante encuesta clínica detallada antes de la operación. Se consideró a un familiar obeso, cuando tuviese un IMC >30. Se detallaron las líneas maternas y paternas, con el número de miembros afectados y su parentesco exacto. Se incluyeron a Abuelos, padres, hermanos de los padres, hermanos del paciente, primos hermanos, e hijos del paciente. La recogida de datos se organizó contabilizando el nº de miembros afectados en cada línea familiar.

RESULTADOS

En la dos tablas siguientes se agrupan por antecedentes familiares de obesidad, y por IMC inicial y final. Los pacientes con mayor carga familiar de obesidad, tenían un peso mayor en el momento del tratamiento, y tuvieron una IMC inicial y final mayor, a los dos años de la operación.

Familiares con obesidad		7 a 4	3 a 2	1 a 0
Nº casos		8	12	7
Edad		34	41	38
Peso	Inicial	122,4*	109,1	113,6
	Final	79,5*	69,3	70,6
Altura		167,5	162,6	166,3
IMC	Inicial	43,6*	41,2	41,3
	Final	28,5*	26,1	25,8
Media familiares obesos		4,7*	2,5	0,7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los antecedentes familiares de obesidad:

Deben formar parte de la encuesta clínica preoperatoria.

Deben tener un papel relevante en la parámetros a tener en cuenta durante la evaluación multidisciplinar.

Los pacientes con más de cinco o más familiares directos con obesidad, podrían requerir un técnica no sólo restrictiva, para el control de la obesidad.

O-041

TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA CON ENDOPRÓTESIS, DESCRIPCIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

C.J. Ferrigni González, J. Ruiz-Tovar Polo, J. González González, A. García Muñoz-Najar, M. Jiménez Fuertes, G. Díaz García, D. Alías Jiménez, B. Manso Abajo, P. Artuñedo Pe, M. Duran Poveda

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es una técnica relativamente sencilla y que en los últimos años ha ganado terreno como uno de los tratamientos quirúrgicos de elección para el tratamiento de la obesidad mórbida en nuestro medio. Cada vez más artículos defienden sus buenos resultados globales. Sin embargo, la complicación más temida y de difícil manejo es la fístula a nivel de la unión gastroesofágica (UGE). Presentamos la experiencia en nuestra serie de pacientes con respecto al manejo de esta complicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde Noviembre del 2012 hasta Marzo del 2015, se han intervenido un total de 195 pacientes, 138 Bypass gástrico (70.7%) y 57 GVL (29.3%). Todos los pacientes cumplían el protocolo de nuestro centro. No se les realiza EGD de control. Se realiza comprobación de estanqueidad con azul de metileno intraoperatoria y se mantiene drenaje aspirativo hasta el día del alta hospitalaria.

RESULTADOS

De los 57 pacientes que se sometieron a GVL, 5 presentaron fístula a nivel de la UGE (8.8%). La media de IMC al momento de la cirugía fue de 47.2 (36.2 – 60). 3 de las fístulas se evidenciaron durante el ingreso y 2 en reingreso posterior. Todas las fístulas se confirmaron por TC, la mediana del día de presentación de la fístula fue al 5º día (2 – 8). Todos los pacientes presentaron fiebre, taquicardia y dolor abdominal como síntomas en horas previas a la confirmación de la fístula. 1 de los pacientes se realizó relaparoscopia para lavado y drenaje de cavidad previo a la colocación de endoprótesis. El 100% de las prótesis fueron colocadas vía endoscópica (prótesis metálica recubierta de 10 cm longitud/2 cm diámetro). En 3 de los 5 pacientes fue necesaria la recolocación de la endoprótesis, 2 de ellas en un intento y 1 en 3 intentos posteriores, por migración distal de la endoprótesis. En 1 paciente fue necesaria la retirada de la prótesis por intolerancia a las 4 semanas y colocación de SNY para alimentación, este mismo paciente sufrió una hemorragia digestiva alta autolimitada por úlcera esofágica por decúbito de la prótesis. 1 de los 5 pacientes falleció a causa de múltiples complicaciones infecciosas derivadas de la persistencia de la fístula.

CONCLUSIONES

- Observamos que en la mayoría de los casos se presentó migración distal de la prótesis, probablemente debido a la longitud de la misma (10 cm), creemos que de utilizar una de mayor longitud podría resolverse este problema y disminuir la morbilidad que implica la recolocación y la persistencia de la fístula.

- En esta serie de pacientes, el tiempo medio que estuvo la endoprótesis colocada fue 30 días (21-210).

Observamos que en 4 de los 5 pacientes las fístulas se resolvieron para el momento de la retirada, incluso en la retirada de manera precoz por intolerancia.

- Apoyamos el uso de la endoprotesis como recurso terapéutico para el tratamiento de la fístula del a UNGE posterior a GVL, siempre que nos encontremos en un medio donde contemos con este recurso casi de manera inmediata y con especialistas experimentados.

O-047

4.1 % DE ESÓFAGO DE BARRET EN MANGA GÁSTRICA A 4 AÑOS

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 esófago de Barret en nuestra serie de gastrectomías verticales (manga) que cumplen al menos 4 años y que se han controlado mediante endoscopia.

MATERIAL Y MÉTODOS

A raíz de 3 casos en que nos sorprendió el hallazgo de esófago de Barret (sin displasia), hemos realizado a las mangas que han cumplido al menos 4 años de evolución una endoscopia de control.

En 268 casos de manga gástrica con 4 o más años de evolución se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, síntomas de RGE (1 o varios) (al menos 1 vez por semana) (pirosis, reflujo, regurgitación, dolor torácico, disfagia, etc.), dependencia de IBP, endoscopia + AP de esófago de Barret.

La endoscopia se realizó bajo sedación IV y a criterio del endoscopista se realizaron biopsias, clotest de HP, etc.

RESULTADOS

Hemos realizado hasta el momento 546 mangas gástricas. 315 tienen 4 o más años de evolución. Nuestro Equipo hace las mangas desde 4 cm de píloro con calibración 36F. Ningún paciente presentaba Barret en el preoperatorio. No localizamos a 31 pacientes y 16 fueron reintervenidos por complicaciones (reflujo persistente, pérdida insuficiente de peso, kinking).

Clínica + RGE (>1 vez/semana)	Dependencia IBP	Esofagitis GI-II	Endoscopia y AP + para
47 (17,5%)	32 (11,9%)	26 (9,7%)	11 (4,1%)
		20/26 Clínica +	3/11 Clínica +
		8/26 Dependencia IBP	1 Dependencia IBP

Ninguno de los casos de Barret tenía displasia en el estudio AP.

CONCLUSIONES

Nos sorprende el hallazgo de un 4,1% de esófagos de Barret en las mangas gástricas de 4 o más años de evolución. Afortunadamente no presentan displasias en ningún caso (por el momento). Más que conclusiones, nuestro trabajo plantea interrogantes:

¿Es esto un hallazgo o han visto Uds. casos similares?

¿Cuál es la mejor actitud? Probablemente la administración de IBP a dosis normal o doble sea una buena estrategia, pero yendo más allá, ¿controles endoscópicos?, ¿cada cuánto tiempo? (no hay evidencia de su capacidad preventiva o de diagnóstico precoz).

¿Es la conversión a bypass en Y de Roux una opción terapéutica?

Es evidente que necesitamos más datos para responder a estas preguntas.

O-051

RESULTADOS DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL (GV) Y LA RESOLUCIÓN DE LAS COMORBILIDADES EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES (≤ 21 AÑOS) CON OBESIDAD MÓRBIDA

R. Vilallonga, O. González, J.M. Balibrea, E. Caubet, G.P. Protti, G.C. Romero, E. Talavera, E. Gil, J.M. Fort

López-Barajas

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica está adquiriendo importancia para la reversión de co-morbilidad en niños y adolescentes. Hemos informado anteriormente de la seguridad y eficacia de la gastrectomía vertical laparoscópica (GV) en la población pediátrica. Sin embargo, las pruebas relacionadas con el efecto de GV en las comorbilidades en este grupo de edad es escasa. El objetivo de este estudio fue evaluar la remisión y mejoría de las comorbilidades (dislipidemia, la hipertensión, la diabetes y la apnea obstructiva del sueño) después de GV en adolescentes y adultos jóvenes.

MÉTODOS

Del 9/2006 al 3/2015 se han realizado 400 gastrectomía verticales en nuestro centro, de los cuales 15 en adolescentes y adultos. Se han considerado las realizadas en pacientes con edad igual o inferior a 21 años de este grupo.

Se han analizado cambios antropométricos, complicaciones, remisión y mejoría en las comorbilidades fueron evaluados en 3 años. La diabetes, hipertensión, hipertensión, uso de CPAP y dislipidemia se evaluaron utilizando definiciones estándar.

RESULTADOS

La revisión arrojó un total de 15 pacientes; 8 con edad inferior a 18 años y 7 con edad entre 18 y 21 años. Ocho pacientes eran adolescentes (15 a 18 años de edad), y 7 eran adultos jóvenes (18-21 años de edad). La media de índice de masa corporal (IMC) fue 46.1 Kg/m², con un rango de 55 a 37 Kg/m². Un paciente presentaba Diabetes mellitus (DM), 4 hipertensión arterial (HTA), 3 artropatía y 2 pacientes con CPAP.

No hubo ningún caso de tromboembolismo pulmonar u otra complicación. Solos hubo un absceso por probable fuga en un paciente que se trató con reintervención. No hubo otras complicaciones. La mortalidad fue nula.

El seguimiento medio fue de 16 meses (1-40 meses).

La evolución global del IMC con este seguimiento (16 meses de media) es de 30 Kg/m² con un peso perdido medio de 47 Kg y un % de Exceso de peso perdido del 73% con un seguimiento medio de 16 meses.

a los 1, 2 y 3 años postoperatoria fue de 2,01 Kg/m², 0,87 Kg/m², y 2,00 Kg/m².

Todas las comorbilidades se curaron salvo una artropatía que está mejor y otro paciente que está igual de su artropatía.

Todos los pacientes en diferentes grupos de edad experimentaron la velocidad de crecimiento normal.

CONCLUSIÓN

La GV realiza en niños y adolescentes, muestra unos resultados en remisión y mejora de las comorbilidades dentro de 2 años después de la cirugía bariátrica con pocas complicaciones, sin mortalidad, y un crecimiento normal.

O-053

LA GASTRECTOMÍA VERTICAL MUESTRA RESULTADOS GLOBALES ACEPTABLES A PARTIR DEL PRIMER AÑO. EXPERIENCIA CON 400 CASOS

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

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía vertical (GV) se ha convertido en una de las técnicas más comúnmente utilizadas como un procedimiento definitivo, por sus buenos resultados en términos de pérdida de peso y la baja tasa de complicaciones perioperatorias. En nuestro centro es una de las técnicas utilizadas, pero no la única.

OBJETIVOS

Describir nuestra serie, la tasa de complicaciones, resolución de comorbilidades así como la evolución antropométrica.

MÉTODOS

Se revisaron una base de datos prospectiva en la que están incluidos todos los pacientes sometidos GV entre 9/2006 y el 3/2015 donde se han incluido 400 enfermos intervenidos, de los cuales 291 mujeres. Ocho pacientes fueron adolescentes.

RESULTADOS

La edad media fue de 45,1 años (rango 15- 69) y el IMC = 47,2 kg/m² (rango de 21 a 73 kg/m²). El peso de los pacientes fue de 125,64 kg (rango: 54-220 kg) y el exceso de peso de 62.89 kg (rango 27-156). La tasa de conversión y mortalidad fueron del 0%. Las complicaciones perioperatorias en los primeros 30 días fueron: hemorragia intraluunminal (n=2) sin reoperación, hemorragia extraabdominal (n=9) con una embolización y una reoperación. Hubo un estenosis de la gastrectomía que se trató con stent. En total hubo 7 fugas (1.75%) 3 como peritonitis y 4 como absceso subfrénico. Las 3 peritonitis se trataron con 2 relaparoscopias y 1 manejo médico; los 4 abscesos subirénicos se trataron con drenaje percutáneo, 1 stent y dos relaparoscopias.

Con un seguimiento mínimo de 12 meses, de 266 enfermos, 143 pacientes presentaban al menos una comorbilidad. Diabetes Mellitus, 38 pacientes (26%), 78% de mejoría o resolución; HTA 71 pacientes (49.6%), 86% de mejoría o resolución; Dislipemia: 52 pacientes (36.3%) 75% de mejoría o resolución; CPAP: 64 pacientes (44,7%) 77% de mejoría o resolución.

	Inicial	12 meses	18 meses	24 meses	36 meses
IMC medio (kg/m²)	47.2	31.26	30.8	31.34	32.7
Rango	21-73	20-53	19-52	19-52	19-50
Número de pacientes	400	266	198	178	77

A los tres años no hay diferencias significativas en pérdidas de peso entre los meses 12, 18, 24 y 36.

CONCLUSIÓN

Esta revisión ha mostrado resultados aceptables en términos de complicación postoperatoria después GV. La pérdida ponderal es aceptable y ya alcanza niveles máximos al año de la cirugía. La GV es un procedimiento seguro y eficaz bariátrica.

P-001

IMPACTO DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL SOBRE LAS COMORBILIDADES DEL PACIENTE OBESO. ESTUDIO DE 100 CASOS A 18 MESES

S. Corral Moreno, F. García-Moreno Nisa, J. Galindo Álvarez, P. Carda Abella

Hospital Ramón y Cajal, Madrid

La obesidad mórbida ha alcanzado en los últimos años el nivel de pandemia según la OMS. Las comorbilidades que ella asocia no sólo merman la calidad de vida de estos pacientes sino que disminuyen la misma. La cirugía se ha demostrado como la única herramienta disponible para el manejo de estas morbilidades. En los últimos años ha surgido la gastrectomía tubular laparoscópica como herramienta para el manejo de estos pacientes, consiguiendo buenos resultados en cuanto a pérdida de peso, ahora nos proponemos demostrar si también es capaz de conseguir resultados aceptables en cuanto a la mejora de las comorbilidades asociadas a la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio de cohorte prospectivo de los 100 primeros pacientes intervenidos mediante gastrectomía vertical en nuestra Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica entre abril de 2010 y enero de 2012 con un seguimiento a 18 meses. Un 23% eran DM, 36% HTA, 55% SAOS y un 68% artropatía.

RESULTADOS

De los pacientes con DM un 48% precinden de tratamiento médico a 18 meses, con una disminución en el número de fármacos precisos para su control del 79%. Un 23% de los HTA no requieren tratamiento a 18 meses, con un 81% de pacientes en los que se produjo una reducción en el número de fármacos. El 71% de los pacientes con SAOS no requieren CPAP nocturna a 18 meses, con hasta un 89% de reducción de las horas de la misma. Si bien el 100% de los pacientes con artropatía han disminuido la necesidad de fármacos para control analgésico, el 77% precinde de los mismos.

CONCLUSIONES

La gastrectomía vertical laparoscópica es una buena técnica para el manejo de las comorbilidades asociadas a la obesidad.

P-027

ALTERNATIVA QUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS CRÓNICAS POSGASTRECTOMÍA VERTICAL

F. Ferreira, J. Coutinho, A. Ruivo, M. Ribeiro, C. Miranda, C. Noronha Ferreira, J.C. Mendes De Almeida

CHLN-Hospital de Santa Maria, Lisboa

INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS

El abordaje quirúrgico de las fístulas crónicas posgastrectomía vertical (sleeve gástrico) está reservada para casos de inestabilidad clínica o de fracaso en la terapéutica endoscópica. Básicamente consiste en la conversión del sleeve gástrico en un bypass gástrico en Y de Roux o en la realización de una gastrectomía con anastomosis esófago-yeyunal. En 2007 fue descrita por Baltazar una técnica alternativa que consiste en la realización de una fístulo-yeyunostomía en Y de Roux para su resolución. Se presentan dos casos de utilización de esta técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS

El primer caso se trata de una paciente sometida a gastrectomía vertical laparoscópica en 06/12, complicada por fístula precoz de la unión gastroesofágica, tratada con terapéutica endoscópica. Durante los dos años siguientes fueron necesarios 2 tratamientos endoscópicos por recidiva, momento en el que fue sometida a fístulo-yeyunostomía en Y de Roux. La segunda paciente fue sometida a gastrectomía vertical en 10/12 presentando fístula precoz tratada con colocación de clips. Hasta 10/14 presentó 3 episodios compatibles con recidiva, teniendo que ser sometida a terapéutica endoscópica que no resolvió de forma definitiva la fístula. Así, fue propuesta para fístulo-yeyunostomía en Y de Roux.

RESULTADOS

No se verificó morbilidad o mortalidad en el postoperatorio inmediato. El tránsito esófago-gástrico verificó progresión del contenido por la anastomosis gastroyeyunal en ambos casos. Se encuentran asintomáticas y con tránsito preferente por la anastomosis.

CONCLUSIÓN

En estos dos casos, la realización de fístulo-yeyunostomía en Y de Roux demostró ser un método eficaz y seguro para la resolución de fístulas crónicas de la unión gastroesofágica. Este procedimiento se presenta como una alternativa viable a las técnicas quirúrgicas clásicas.

P-037

EVALUACIÓN DE UNA SERIE DE 100 GASTRECTOMÍAS VERTICALES LAPAROSCÓPICAS CONSECUTIVAS

M.D.L.Á. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, D. Pérez Gomar, A. Bengoechea Trujillo, I. Mateo Gavira, F.J. Vílchez López, S. Roldan Ortiz, M. Fornell Ariza, J.L. Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

OBJETIVO

La Gastrectomía vertical es una técnica bariátrica en auge en los últimos tiempos, con unos buenos resultados a corto y medio plazo y una tasa de complicaciones aceptables. Presentamos nuestra experiencia y resultados en una serie de 100 gastrectomías verticales.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde marzo de 2012 a Diciembre de 2014 se han realizado en la UCG de Cirugía General del Hospital Universitario Puerta del Mar Cádiz 100 gastrectomías verticales laparoscópicas. Todos los pacientes fueron remitidos desde la unidad de obesidad mórbida de endocrinología. La elección de la técnica se hace siguiendo el protocolo establecido y tras correcta información y aceptación del paciente. Todos los pacientes cumplen el protocolo preoperatorio (Endoscopia digestiva alta, Ecografía abdominal, Rehabilitación respiratoria, y valoración psiquiátrica), y optimizados mediante dieta de muy bajo poder calórico 20-30 días previos a la intervención. Se realizó en todos los casos Gastrectomía vertical laparoscópica con 5 trócares (2 de 12 mm, 2 de 5 mm y un trocar 11mm), comenzando la sección gástrica a 6 cm del píloro con Echelon Flex 60® (Powered® en los últimos casos), tutorizada con sonda de Fouchet de 34 frenchs, y protegida con Seamguard®, dejando drenaje espirativo de Blake. En ningún caso se dejó SNG.

RESULTADOS

Se intervinieron 29 hombres y 71 mujeres con edades comprendidas entre 23 y 59 años con una media de 40,6 años. IMC entre 35,4 y 73 (media 48,64), Presentaba comorbilidades el 61.45% de la serie, de ellas (45.84% HTA, 20.8% DM, 30,2%, dislipemia, 19,79 % SAOS y 29,17% síndrome metabólico). El 39,58% tenían cirugía abdominal previa. Mortalidad o. Reintervenciones 1 % (hemoperitoneo). Complicaciones mayores 2%. (1 estenosis funcional. 1 hemoperitoneo).

Estancia media de 3.3 días.

Periodo de seguimiento. Mínimo 3 meses máximo 3 años.

Modificaciones antropométricas de los casos revisados a los 2 años: Peso medio de los pacientes fue de 89,95 ±15,68 Kg con un IMC medio de 32,58±5,51 Kg/m² y un sobrepeso perdido de PSP 66,61± 18,46 %. Resultado de resolución de comorbilidades a los 2 años: HTA 69,63%, DM tipo 2 85,71%, DLP 93,96%.

CONCLUSIONES

La Gastrectomía vertical laparoscópica se muestra como una técnica eficaz como procedimiento bariátrico único, ya que tiene un efecto positivo en cuanto a pérdida ponderal y mejora de las comorbilidades. Además presenta una tasa de complicaciones quirúrgicas aceptable como vemos tras analizar el resultado de nuestra serie. No obstante se necesitan más estudios a largo plazo para valorar si la pérdida ponderal y la resolución de las comorbilidades se mantienen en el tiempo.

P-039

RESULTADOS A DOS AÑOS DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA DE NUEVA CREACIÓN

M. Infantes Ormad, M.E. Pérez Margallo, R. Pérez Huertas, A. Cano Matías, C. Jiménez Ramos, P. Macías Díaz, F. Oliva Mompean, E. Domínguez-Adame Lanuza

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

OBJETIVO

La cirugía como tratamiento de la obesidad ha supuesto un avance importante en su tratamiento así como en las comorbilidades a ella asociadas. En el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla se formó una Unidad en Diciembre de 2008 que integraba un cirujano experto en cirugía bariátrica abierta, un cirujano experto en cirugía bariátrica laparoscópica y dos miembros más con escasa experiencia en cirugía bariátrica como primer cirujano. Presentamos a continuación nuestros resultados hasta Enero de 2013 de la Gastrectomía Vertical Laparoscópica, con un seguimiento a dos años.

MATERIAL Y MÉTODO

El total de pacientes incluidos en nuestra serie son 98 pacientes (69 hombres y 28 mujeres) a los que se realizó Gastrectomía Vertical Laparoscópica entre septiembre de 2009 y enero de 2013. Todos los pacientes fueron intervenidos por el mismo equipo de cirujanos y con una técnica estandarizada y según el protocolo vigente en nuestro centro, que sufrió una modificación considerable en abril del 2011, implantando un estricto protocolo de optimización del paciente. En esta serie se engloban todos los pacientes, anteriores y posteriores a dicho protocolo, e incluyen la curva de aprendizaje de nuestra unidad. Hemos analizado las complicaciones sufridas por los pacientes, así como la evolución de sus comorbilidades y sus resultados en cuanto a PSP.

RESULTADOS

En el postoperatorio inmediato de la Gastrectomía Vertical Laparoscópica de los 97 pacientes, se recogieron un total de 6 complicaciones quirúrgicas: 4 pacientes presentaron un hemoperitoneo (4,1%), tres de los cuales precisaron reintervención urgente y 2 pacientes sufrieron fuga de línea de sutura (2,06%), sólo uno de los cuales fue reintervenido. Todos los pacientes cursaron con buena evolución posterior. Además, el 11,33% de los pacientes presentó alguna complicación médica postoperatoria: la más frecuente fue la crisis hipertensiva (6,12%), seguida de derrame pleural (3,09%), neumonía (1,03%) y TEP (1,03%).

A los dos años, el 8,2% de los pacientes presentó eventración de trócar, un 3,09% colelitiasis y 1,03% estenosis. Un total de 5 pacientes cursaron con algún trastorno psiquiátrico: depresión (2,06%), alteración de la imagen corporal (1,03%), anorexia o bulimia (2,06%) y un paciente desarrolló un Síndrome de Mallory-Weiss.

En cuanto a las comorbilidades, se observó una mejoría de la HTA en el 85% de los pacientes, de la DM en el 95%, de la DLP en el 86%, del SAOS en el 95% y de la osteoartritis en el 72% y se logró una media de PSP del 67% en nuestra serie tras dos años de seguimiento.

CONCLUSIONES

La Gastrectomía Vertical Laparoscópica es, por tanto, una técnica segura y eficaz para el tratamiento de las comorbilidades que se asocia a la obesidad. Desde nuestra Unidad apostamos por la estricta preparación del paciente, mejorando sus comorbilidades y exigiéndoles una pérdida de peso con objeto de mejorar los resultados y la seguridad de la técnica.

P-041

APROXIMACIÓN AL PROTOCOLO “FAST-TRACK” DEL GRUPO ESPAÑOL DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

E. Redondo Villahoz, B. Calvo Catalá, A.C. Navarro Gonzalo, J.A. Gracia Solanas, D. Fernández Pera, P. Royo Dachary, A. Gonzalo Rodríguez, M.J. Palacios Fanlo, M.Á. Bielsa Rodrigo, M. Martínez Díez.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

OBJETIVOS

1. Desde que H.Kelhet en los años 90 acuñase el concepto de “*fast-track*” o Rehabilitación Multimodal, se ha producido una extensión creciente de este tipo de protocolos a varias subespecialidades de la Cirugía General y de otras especialidades quirúrgicas (Traumatología, Urología, Ginecología, etc.).
2. La experiencia en cirugía bariátrica en nuestro centro se remonta al año 1976 y, progresivamente, se ha ido adaptando a las nuevas técnicas quirúrgicas y al uso de la cirugía laparoscópica, según recomendaciones nacionales e internacionales.
3. En el año 2014 el G.E.R.M. (Grupo Español de Rehabilitación Multimodal) publica las recomendaciones sobre cuidados “*fast-track*” en cirugía bariátrica con participación activa de miembros de nuestra Unidad.
4. El objetivo de nuestro estudio es valorar que recomendaciones del grupo G.E.R.M pueden ser aplicadas a nuestros pacientes obesos mórbidos para mejorar la asistencia sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo comparativo entre el protocolo asistencial en cirugía bariátrica de nuestro Centro y el propuesto por el grupo G.E.R.M como iniciativa de mejora de la calidad asistencial en obesos mórbidos intervenidos mediante gastrectomía vertical laparoscópica.

Se analizaron el grado de cumplimiento de los ítems propuestos por el G.E.R.M. en cuanto a optimización preoperatoria, empleo bebidas carbohidratadas, profilaxis ETEV, profilaxis de vómitos, prevención de la hipotermia, control fluidos, uso de la laparoscopia, empleo de catéter epidural, no empleo de SNG, no empleo de drenaje, alimentación precoz y movilización precoz.

RESULTADOS

Entre 2010-2014, un total de 183 obesos mórbidos fueron intervenidos en nuestro Centro mediante gastrectomía vertical laparoscópica. Fueron el 64% mujeres, edad media 44 (26-67) años y con un I.M.C. preoperatorio medio de 48 (39-70) kg/m².

Se registró una estancia media de 5 (3-44) días, 9% complicaciones postoperatorias, tasa de reingresos del 4% y mortalidad 0,9%.

Nuestro protocolo tiene importantes semejanzas con el propuesto por el G.E.R.M. y se han cumplido alrededor del 70% de los ítems establecidos. La mayor diferencia observada es el uso rutinario de SNG y drenaje de forma sistemática en nuestro Centro.

CONCLUSIONES

1. La baja tasa de complicaciones postoperatorias y de reingresos, pueden permitir altas precoces en obesos mórbidos intervenidos mediante gastrectomía vertical laparoscópica que cumplan criterios de alta establecidos sin comprometer su seguridad.
2. Posibilidad futura de modificación de conductas establecidas en cuanto al uso sistemático de SNG y drenajes en todos los pacientes intervenidos.
3. La creación de equipos multidisciplinares facilita el cumplimiento de protocolos tipo “*fast-track*”, destacando la importancia de Anestesia y Enfermería.

P-048

EFECTO DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA EN LA EVOLUCIÓN DE ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA OBESIDAD MÓRBIDA

A. Maqueda Merino, G. Martínez de Aragón, V. Sierra, J.M. Vitores, B. Cándido, A. Gastón, P. Siebel, J.D. Sardón, I. Angulo, M. Camuera

Hospital Universitario Araba, Gasteiz

INTRODUCCIÓN

La obesidad mórbida favorece la aparición y progresión de un gran número de enfermedades entre las que se encuentran la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y el síndrome metabólico. El riesgo de estas enfermedades aumenta cuanto mayor es la obesidad y cuanto más tiempo se prolonga.

La cirugía bariátrica es el mejor método terapéutico para tratar la obesidad mórbida y las enfermedades asociadas. El Bypass gástrico ha sido históricamente la técnica quirúrgica más utilizada; sin embargo, en los últimos años la sencillez y eficacia de la gastrectomía vertical ha incrementado su práctica en todo el mundo, existiendo cada vez más indicaciones para el uso de la misma.

OBJETIVO

Estudiar los resultados postoperatorios de la gastrectomía vertical en la evolución de la DM2, la dislipemia y la hipertensión arterial (HTA).

MATERIAL Y MÉTODOS

En el HUA se realiza la gastrectomía vertical desde el año 2007; con un registro de 150 casos hasta diciembre de 2014. Se han descartado aquellos pacientes en los que el seguimiento endocrino se realiza en otro centro, por lo que tenemos registrados 87 casos, 25 de ellos, con diagnóstico preoperatorio de DM2.

En el grupo de pacientes diabéticos, se ha analizado la evolución de la diabetes, dislipemia e HTA. Se han registrado los cambios de tratamiento postquirúrgicos con un seguimiento semestral.

RESULTADOS

De los 87 pacientes estudiados, 25 pacientes (28,7%) eran diabéticos conocidos; de los cuales 6 (24%) precisaban tratamiento con insulina más antidiabéticos orales (ADOs), 1 (4%) insulina, 10 (40%) un ADO, 4 (16%) dos ADOs, 1 (4%) tres ADOs y 4 (16%) tratamiento dietético. En el seguimiento a 6 meses solo 5 pacientes (20%) precisaban tratamiento antidiabético, 2 de los cuales, habían reducido el número de fármacos.

14 (56%) pacientes diabéticos, presentaban dislipemia en el preoperatorio. Tras la cirugía, en el 6º y 12º mes postoperatorio, solo 4 (28%) continuaban con tratamiento hipolipemiente.

18 pacientes diabéticos (72%) estaban diagnosticados de HTA antes de la cirugía bariátrica. El 1º año postoperatorio, 5 (20%) continuaban con tensiones elevadas.

DISCUSIÓN

La gastrectomía vertical consigue pérdidas de peso adecuadas y mejora de forma significativa la DM2, la hiperlipidemia y la HTA.

La gastrectomía vertical laparoscópica está indicada en Obesos mórbidos diabéticos, hipertensos y dislipémicos y debe ser considerada una alternativa eficaz al By-pass gástrico.

Se necesitan seguimientos más largos para ver la evolución de estas comorbilidades en el tiempo.

P-063

EL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO MEJORA CON LA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA. RESULTADOS TRAS 150 INTERVENCIONES

G. Martínez De Aragón Remírez De Esparza (1), J.M. Vitores Lopez (1), V. Sierra Esteban (1), J. Valencia Cortejoso (1), I. Angulo Revilla (1), A. Maqueda Merino (1), A. Martínez De Aragón Martínez De Pisón (2), M.N. Vicente Vicente (1), B. Serrano Fernández (1), C. Martínez Blázquez (1)

(1) Hospital Txagorritxu, Vitoria; (2) Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN

Los obesos mórbidos presentan muchas comorbilidades asociadas como la diabetes tipo II, la HTA, hipercolesterolemia y el SAOS. Todas ellas dificultan la vida cotidiana del paciente. La gastrectomía vertical es una técnica relativamente reciente, segura y cada vez más popular en todo el mundo. Nuestro propósito es conocer la eficacia en relación al SAOS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo en nuestra base de datos desde 2007 hasta 2013 analizando sexo, IMC inicial, presencia de SAOS y otras comorbilidades, técnica quirúrgica, IMC postoperatorio, EWL y estudiando a los pacientes en el postoperatorio.

RESULTADOS

El SAOS estaba presente en el 28% de los pacientes. Los pacientes con SAOS tenían un peso superior (144.8 Kg) que los que no tenían (130.8 Kg) $p < 0.05$. Mayor IMC, 51.7 frente a 48.8. El SAOS está asociado a HTA en un 55.7%. Es más frecuente en varones (57.95) que en mujeres (21.3%) con $p < 0.01$. La edad es un factor de riesgo.

DISCUSIÓN

Podemos esperar una resolución del SAOS mediante la gastrectomía vertical en un 50% de los casos. La pérdida de peso es el principal factor para la mejora. La resolución del SAOS se observa entre el 6º y 9º mes postoperatorio. Los resultados al año se mantienen a los 3 años. Analizando datos de pacientes intervenidos mediante By-pass gástrico se obtienen resultados similares en resolución de SAOS.

Las hormonas femeninas parece que protegen a las mujeres jóvenes del SAOS.

CONCLUSIÓN

La gastrectomía vertical cura el SAOS en un 50% de los pacientes obesos mórbidos.

Está directamente relacionado con la pérdida de peso.

Necesitamos estudios con seguimientos más largos.

V-007 – Enlace: <https://goo.gl/9vGz1K>

PASOS ESENCIALES DE LA DISECCIÓN GÁSTRICA DURANTE LA CONVERSIÓN DE UNA GASTRECTOMÍA TUBULAR A UN BYPASS GÁSTRICO

G. Díaz Del Gobbo, R. Bravo, M. Fernández Hevia, A. Ibarzabal, R. Corselles, J. Sampson, I. Bachero, B. de Lacy, S. Delgado, A. Lacy

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVOS

Destacar los pasos esenciales de la disección gástrica durante para la conversión de una gastrectomía tubular a un bypass gástrico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 56 años con obesidad mórbida (IMC 43 Kg/m², 106 Kg) Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y dislipemia fue sometida a una gastrectomía tubular, se complicó con una fuga anastomótica manifestada como una colección con contenido aéreo, recibió tratamiento médico (sonda nasoyeyunal, nutrición enteral y antibióticos) que se suspende tras confirmar su resolución por Scanner. Dos años más tarde re consulta por disfagia progresiva hasta presentar vómitos, tenía buena pérdida de peso de 42 Kg (BMI 26 43 Kg/m²) y resolución de las co-morbilidades. Durante la re evaluación del caso se evidencia recidiva de la colección (scanner sin fuga de contraste), tubular angulado en el cuerpo más hernia hiatal por transito esófago-gástrico-duodenal. Se re instaura tratamiento médico y se realiza conversión del procedimiento bariátrico a bypass gástrico. El abordaje fue laparoscopia con un total de

6 trocares. Procedimiento se realiza por pasos, adherenciolisis cuidadosa e individualización del tercio superior del estómago separándolo del hígado, bazo e hiato, disección progresiva de la cara posterior. Sección del estómago a la altura del segundo vaso corto de la curvatura menor con sutura mecánica, confección de gastro-yeyuno anastomosis circular mecánica (DST Series™ EEA™ OrVil™ 25 mm Device) y pie de asa con anastomosis mecánica a 150 cm de ángulo de Treitz.

RESULTADOS

Tiempo operatorio 120 min, pequeña laceración esplénica que se controló con electrocoagulación, estancia post-operatoria de 2 días sin complicaciones. Dos meses después del procedimiento la paciente esta asintomática con pérdida de peso mantenida.

CONCLUSIONES

La conversión de una gastrectomía tubular a un by pass gástrico puede ser técnicamente demandante. Es importante realizar una indicación quirúrgica correcta, tener claras las referencias anatómicas y realizar maniobras de disección delicadas.

V-008 – Enlace: <https://goo.gl/wS7DfC>

GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA, ANTRECTOMÍA SUBTOTAL Y OMENTOPLASTIA. VIDEO

R. Bou Pérez (1), A. Baltasar Torrejón (1), C. Serra Díaz (2), N. Pérez Climent (2), M. Ortín Navarro (2), M. Bengochea Cantos (1)

(1) Sanatorio San Jorge, Alcoy; (2) Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy

OBJETIVOS

Las controversias en gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) son 1) tamaño del tubo gástrico (TG) residual, 2) Prevención de fugas en la unión esófago-gástrica (UEG) y tamaño del antro resecaado. Hemos utilizado la antrectomía subtotal en más de 1350 tubos gástricos aislado o cruces duodenales.

TÉCNICA

Seis puertos, sólo uno de 12 mm. Sutura alrededor del ligamento redondo para suspender el hígado y exponer el duodeno. La desvascularización proximal llega a UEG y sobrepasa 2 cm el píloro para conseguir su movilidad. Sonda de 12 mm en curvatura menor. Inicio del grapado a 1 cm del píloro y resección del 85% del estómago dejando un TG con diámetro inferior al tamaño del esófago. Hacemos hincapié especialmente en el tipo de anudado de comienzo de la línea de sutura continua invaginante que empieza en UEG con un nudo preformado y finaliza con nudo de Aberdeen, e incluye epiplón mayor, ambas paredes gástricas con monofilamento reabsorbible 2/0 continuo en aguja C22. Se comprueba la estanqueidad con azul de metileno. Extracción del estómago sin bolsa y cierre del orificio de 12 mm con sutura en X de Prolene nº 0.

VENTAJAS

1) La antrectomía reduce el tamaño del tubo; 2) Previene hemorragia y fugas; 3) La omentoplastia protege a la línea de sutura si hay fuga 4) Previene rotación del TG.

CONCLUSIÓN

Protección barata de la línea de sutura y el TG estrecho aumenta la pérdida de peso y la mantiene en el tiempo. Publicado en OBES SURG (2015) 25:195–196. DOI 10.1007/s11695-014-1450-4.

V-012 – Enlace: <https://goo.gl/2PW2sy>

GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE MULTIOPERADA CON MEGAOBESIDAD

M.D.L.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, M.D.C. Bazán Hinojo, D. Pérez Gomar, A. Bengoechea Trujillo, S. Roldán Ortiz, M. Fornell Ariza, S. Ayllon Gámez, M.J. Castro Santiago, J.L. Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

OBJETIVO

La gastrectomía vertical laparoscópica, es una técnica actualmente en auge, debido a su aparente facilidad técnica, su estandarización y reproductibilidad, así como sus buenos resultados en cuanto a pérdida de peso y mejora de comorbilidades. No obstante en un porcentaje de pacientes esta técnica está dificultada e incluso es técnicamente imposible en el 1.2% de los casos. El objetivo del presente vídeo es mostrar una gastrectomía vertical en una paciente multioperada con importante síndrome adherencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico: Paciente de 57 años de edad con obesidad mórbida desde la juventud con aumento ponderal progresivo hasta alcanzar un IMC máximo de 72 kg/m². Antecedentes personales: colecistectomizada por vía laparotómica. Herniorrafia umbilical y posterior eventroplastia con malla de polipropileno preperitoneal. Hipertensión arterial, Diabetes mellitus con mal control, dislipemia, esteatosis hepática, síndrome de apnea obstructiva del sueño y síndrome metabólico. Osteoartrosis generalizada sobre todo en miembros inferiores, que le obliga al uso de muletas. Tras optimización preoperatoria y dieta de muy bajo poder calórico 4 semanas previas a la cirugía, la paciente es intervenida con un peso de 148 kg, y un IMC de 64,2 kg/m². Se realizó una abordaje laparoscópico tradicional, mediante la realización de un neumoperitoneo con aguja de Verres subcostal izquierda. Introducción de trócar de

11 mm para la óptica a 15 cm de apéndice xifoides. Se aprecia intenso síndrome adherencial, así como fijación del antro gástrico a la pared abdominal, lo que obliga a realizar modificaciones en la técnica quirúrgica estándar (posición del cirujano y los ayudantes, colocación de trócares liberación de adherencias), consiguiéndose realizar la Gastrectomía vertical con echelon Flex 60 protegida con Seamguard y tutorizada con sonda de Fouchet de 34 fr.

RESULTADO

Se consiguió realizar la técnica quirúrgica en un tiempo operatorio de 90 minutos sin complicaciones intraoperatorias. La paciente fue dada de alta con buena tolerancia oral al 4º día postoperatorio. A los 15 días de la cirugía la paciente presenta buen estado general, satisfecha con la intervención, pérdida ponderal de 15 kg con buena tolerancia oral y buen control de comorbilidades, A los 6 meses de la intervención mantiene adecuada pérdida de peso y mejoría de las comorbilidades sin precisar medicación.

DISCUSIÓN

La gastrectomía vertical laparoscópica, es una técnica con amplia aceptación entre los cirujanos, pero en un porcentaje es técnicamente difícil e incluso imposible su realización en un 1,2% de los casos. Los motivos mas ampliamente descritos en la literatura y que dificultan la técnica son la falta de espacio debida al gran volumen del lóbulo hepático izquierdo por esteatosis, obesidad central, y síndrome adherencial. Para disminuir las dificultades intraoperatorias, se recomienda la optimización del paciente mediante perdida ponderal preoperatoria, uso de dieta de muy bajo poder calórico, realización de la cirugía por equipos con experiencia y modificaciones de la técnica estándar.

V-017 – Enlace: <https://goo.gl/4cvySH>

CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL A BYPASS GÁSTRICO POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO SEVERO

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

Clínica San Francisco, León

OBJETIVOS

Así como la existencia de un esófago de Barret es considerado una contraindicación absoluta para la realización de una Gastrectomía Vertical (GV), la presencia de una hernia hiatal (HH) o reflujo gastroesofágico (RGE) han sido consideradas contraindicaciones relativas. Se calcula una incidencia de reflujo “de novo” tras GV entre 10% y 20%. Entre un 2% y un 12% de pacientes intervenidos de G.V. requerirán una segunda intervención por RGE severo. En los últimos 3 – 4 años se han sucedido las publicaciones que propugnan la corrección de la hernia hiatal si es detectada pre o intraoperatoriamente. Los resultados de esta estrategia han sido beneficiosos para prevenir el RGE en una ligera mayoría de artículos, aunque incluso contraproducentes en otros. Probablemente esta contradicción se deba tanto a la metodología diagnóstica pre, intra y postoperatoria, como a la ausencia de estandarización de la técnica quirúrgica. En cuanto a la técnica a emplear en caso de reintervención tras GV por RGE severo, existe casi unanimidad en que debe realizarse un Bypass Gástrico (BPG), no existiendo tanto acuerdo de si debe o no repararse la hernia hiatal asociada. Nuestro criterio es que sí debe hacerse siendo a veces esta reparación la fase más compleja de la reintervención.

PACIENTES Y MÉTODOS

Paciente femenina de 63 años de edad, Antecedentes TBC pulmonar. En tránsito baritado se advierte una hernia hiatal de 4 cm, sin reflujo radiológico. Endoscopia: No esofagitis. IMC: 35 kg/m². Se realiza GV por laparoscopia en 2011, no se visualiza ni corrige la hernia hiatal. Tiempo operatorio 90 minutos. Evolución sin complicaciones, alta a las 48 horas postoperatorias. En 2014 reganancia de peso, (IMC:31). Tratamiento continuado IBP 80 mg/24h. Regurgitaciones. Tos productiva. Crisis asfícticas. Diagnosticada de bronquiectasias. Tránsito baritado: hernia hiatal. Tubo gástrico de tamaño normal. Endoscopia: hernia hiatal. No esofagitis. Phmetría 24h: reflujo ácido severo tanto en bipe como en decúbito. De Meester: 57.6 (n: 14.7). Reintervención por laparoscopia con exploración muy laboriosa de la región hiatal a pesar de no visualizar hernia aparente. Identificación de sendos vagos y pilares. Reducción de la hernia con componente paraesofágico del tubo gástrico en el lado izdo. Hiatooplastia posterior con dos puntos de seda. Conversión de GV a BPG con reservorio de 25 cc, asa biliopancreática de 50 cm, asa alimentaria de 150 cm. Colecistectomía. Tiempo operatorio 180 minutos. Alta 72 horas.

RESULTADOS

Asintomática. Gran mejoría respiratoria. No síntomas de RGE. Tránsito baritado con desaparición de la hernia hiatal. No reflujo. BPG sin alteraciones. Phmetría 24h: no reflujo patológico. DeMeester: 10.

CONCLUSIONES

La aparición o persistencia de RGE tras GV sigue siendo un problema no resuelto de esta operación. La reintervención de elección por RGE severo tras GV, es la conversión a BPG. Es necesario corregir la hernia hiatal asociada, aunque a veces suponga el aspecto técnico más complejo de la operación. Aún no sabemos si la hiatooplastia preventiva disminuirá la incidencia de reintervenciones por RGE tras GV.

V-018- Enlace: <https://goo.gl/7SS1dd>

CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL A MINI GASTRIC BYPASS LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE CON ESTACAMIENTO PONDERAL

I. Domínguez Sánchez (1), M. Gutiérrez Samaniego (1), E. Bra Insa (1), M. De La Fuente Bartolomé (1), A. Moreno Bargeiras (1), M. Galán Martín (1), P. Gómez Rodríguez (1), J.I. Martínez Pueyo (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

En el manejo de pacientes con obesidad mórbida que presentan IMC muy elevados, el uso de técnicas restrictivas como la gastrectomía vertical puede ser un primer paso quirúrgico. Si mediante esta técnica no se obtiene el objetivo ponderal establecido, se puede convertir a una técnica mixta.

Descrita por primera vez por el Dr. Rutledge, el Mini-Bypass gástrico consiste en una técnica mixta, con la creación reservorio gástrico dependiente de la curvatura menor que se anastomosa mediante gastro-yeyunostomía a un asa yeyunal de al menos 200 cm del ángulo de Treitz . Esta técnica aporta la sencillez de realizar una única anastomosis, comportando un mayor componente malabsortivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 64 años a la que se le realiza en 2009 gastrectomía vertical laparoscópica. IMC: 80.6 con SAOS, presentando posterior pérdida de hasta 44 kg en 5 años llegando a un IMC: 69. Durante el seguimiento se evidencia un estancamiento de pérdida ponderal a pesar de medidas higiénico-dietéticas, por lo que se decide reconversión quirúrgica a Mini-Gastric Bypass laparoscópico, con el fin de no aumentar el componente restrictivo y crear una moderada malabsorción, dada la edad de la paciente, mediante una técnica sencilla.

RESULTADOS

Intraoperatoriamente se identifica gastroplastia tubular, sin síndrome adherencial. Se procede a sección del remanente gástrico por encima de la incisura angularis con endograpadora. Se realiza anastomosis término-lateral mecánica a 300 cm de la válvula ileocecal, con cierre del orificio mediante sutura barbada.

La paciente presenta una buena evolución postoperatoria, con pérdida ponderal progresiva correcta.

CONCLUSIÓN

Una vez realizada una técnica restrictiva, en caso de precisar la asociación de malabsorción el Mini Bypass gástrico supone una alternativa, en nuestra experiencia, a realizar de forma muy selectiva en pacientes en los que se pretenda una malabsorción relativa.

V-019 – Enlace: <https://goo.gl/ZZ4kXC>

GASTROPEXIA DE HILL COMO TRATAMIENTO (O PREVENCIÓN) DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LA GASTRECTOMÍA VERTICAL

A. Sánchez-Pernaute, V. Muñoz, I. Domínguez, M. Conde, E. Árrue, P. Talavera, E. Pérez Aguirre, L. Cabrerizo, M.Á. Rubio, A. Torres

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía vertical es junto con el bypass gástrico el procedimiento más frecuentemente realizado en todo el mundo para el tratamiento de la obesidad mórbida y de sus complicaciones metabólicas. Se ha relacionado frecuentemente la gastrectomía vertical con el reflujo gastroesofágico, atribuyéndose éste a la generación de una cámara de alta presión en el estómago operado lo cuál se añadiría a la pérdida de mecanismos naturales secundaria a la resección fúndica. Esto hace que la mayor parte de los grupos descarten la gastrectomía vertical en pacientes obesos con reflujo o hernia hiatal descubiertos en el preoperatorio.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente, mujer, de 26 años de edad, con diagnóstico de obesidad mórbida, índice de masa corporal 44, sin comorbilidades y con reflujo gastroesofágico patológico demostrado en las pruebas de función esofágica. La paciente es intervenida por vía laparoscópica realizándose una gastrectomía vertical sobre una sonda intragástrica de 14 mm (42 French). Se realiza asimismo apertura de membrana frenoesofágica, acceso al mediastino inferior y disección del esófago distal, obteniendo 3-4 cm de esófago intraabdominal. Se disecan los pilares del diafragma y la fascia preaórtica hasta la raíz de la arteria gástrica izquierda. Se practica cierre de pilares y gastropexia según técnica de Hill con 3 puntos de Ethibond o.

COMENTARIO

La técnica de Hill demostró desde los años 70 ser una buena técnica antirreflujo. En el paciente con gastrectomía vertical tiene la gran ventaja de no precisar la realización de funduplicatura, con lo que en nuestra opinión sería la opción adecuada para prevenir o tratar el reflujo en el paciente que se somete a dicha técnica bariátrica.

V-022 – Enlace: <https://goo.gl/ZrhNDD>

COLOCACIÓN LAPAROSCÓPICA DE ASA EN Y DE ROUX SOBRE FÍSTULA GASTRO BRONQUIAL CRÓNICA COMPLEJA Y DEYEYUNOSTOMÍA DESPUÉS DE GASTRECTOMIA VERTICAL A LOS 17 MESES. ASPECTOS TÉCNICOS

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

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

OBJETIVO

Describir los aspectos técnicos de la colocación de una asa en Y de Roux como primer tiempo del tratamiento secuencial, sobre fistula crónica para la gestión de las fistulas gastrobronquiales proximales crónicas complejas después de la gastrectomía vertical laparoscópica (GV).

RESUMEN

La colocación laparoscópica de una asa en Y de Roux colocación extremidad ha sido propuesto como estrategia correctiva después fuga GV proximal. Su uso en casos con fistulas de mas de 12 meses de evolución, complejas, con afectación pulmonar (Fístula gastropulmonar) parece una buena opción.

MÉTODO

Presentamos el caso de una paciente intervenida por GV que sufrió una fistula sobre la GV proximal compleja tratada durante más de 17 meses con múltiples colocaciones de stents, neumonías de repetición. Intervenida mediante cirugía abierta subcostal bilateral con cierre de fistula bronquial y gástrica y colocación de yeyunostomía de alimentación. Presentó recidiva de fistula gástrica. Se trató nuevamente con colocación de stents. Se decidió traslado en centro de referencia.

RESULTADOS

La paciente fue sometida a intervención para disminuir las presiones de la GV que perpetuaban la fistula crónica. colocación de asa en Y de Roux con deconfección de yeyunostomía previa por laparoscopia. Se presenta el vídeo y los aspectos técnicos, teniendo en cuenta la fistula gastrobronquial disecada, reconstrucción posterior. La paciente en el postoperatorio permaneció estable pero con la persistencia de la fistula ahora peranastomótica bronquial debido posiblemente a la gran presión negativa pulmonar ya aplicada sobre la zona des del postoperatorio inmediato. Se trató con sonda nasoyeynunal y posterior realimentación para corregir los déficits nutricionales. Tanto la GV como el asa en Y de Roux son funcionantes como ya ha sido descrito previamente por el autor.

CONCLUSIÓN

Las fugas proximales después de GV son relativamente raras. Sin embargo, un número significativo puede convertirse en crónica si el manejo inicial no es intensivo, estas se convierten en crónicas. La colocación laparoscópica de una asa yeyunal en Y de Roux en el defecto es un tratamiento demandante, complejo pero seguro para disminuir la presión sobre la GV. Puede tratarse de una primera etapa si persiste la fistula gastrobronquial, especialmente en casos de fistulas crónicas de más de 6-12 meses de evolución. El tratamiento secuencial puede ser una buena aproximación a estos casos complejos en un equipo multidisciplinar de especialistas donde se pudiera requerir resecciones pulmonares acompañantes.

V-024 – Enlace: <https://goo.gl/Az4uFf>

GASTRECTOMÍA TUBULAR POR SILS & NOTES. CONSIDERACIONES TÉCNICAS

G. Díaz Del Gobbo, R. Corcelles, D. Momblan, M. Jiménez, J. Ordoñez, L. Flores, R. Díaz, S. Delgado, A. Lacy

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVOS

Destacar las consideraciones técnicas para la realización de una gastrectomía tubular por acceso único transumbilical y por acceso transvaginal.

MATERIAL Y MÉTODOS

La cirugía se realiza en los siguientes pasos. **COLOCACIÓN DEL PACIENTE:** posición supino con piernas abiertas. **RUTA DE ACCESO:** es la vagina para el procedimiento de NOTES, el neumoperitoneo se lleva a cabo con una aguja de Veress, se coloca un trocar de 12 mm en el ombligo para la óptica de 30° y otro trocar de 12 mm transvaginal bajo visión laparoscópica directa que será el puerto de entrada para un endoscopio flexible, en este caso se colocaron dos trocres adicionales de 2 mm (epigastrio y flanco derecho) para ayudar al procedimiento. Para el procedimiento de acceso único se coloca el dispositivo en el ombligo, este permite utilizar 1 trocar de 12 mm para una óptica de 30° y dos trocres de 5 mm para los canales de trabajo. **DISECCIÓN:** El primer paso es liberar la curvatura mayor y la pared posterior del estómago desde 4 cm del píloro hasta el ángulo de Híz. Existe una marcada diferencia en la calidad de la imagen entre los abordajes; en el procedimiento transvaginal, el endoscopio provee una imagen menos definida y en posición paralela a los instrumentos lo que dificulta las maniobras. El dispositivo SILS permite el uso de cámaras de alta definición. Los instrumentos también son diferentes, para el NOTES se utilizan instrumentos de 2 mm que pueden carecer de la fuerza en algunas fases de la cirugía y en el procedimiento de acceso único se utilizaron instrumentos roticulados. El principal problema es la curva de aprendizaje del cirujano para lograr una triangulación adecuada. **SECCIÓN GÁSTRICA:** Un foucher 32Fr calibra la gastrectomía. Se emplearon suturas mecánicas reforzadas para tratar de disminuir el riesgo de hemorragia. Durante la manga transvaginal las suturas mecánicas se introdujeron a través del trocar umbilical de 12 mm, en la técnica de acceso único se utilizó el trocar umbilical de 12 mm. En algunos es necesario un trocar adicional para llevar a cabo la sección del fundus. **EXTRACCIÓN DE LA PIEZA:** se realiza a través de la vagina o el ombligo sin protección de la herida, en su lugar se realiza un lavado cuidadoso con solución de yodada. **CIERRE DE PUNTOS DE ACCESO:** la colpotomía se cerró con puntos separados y la fascia de la pared abdominal se cerró bajo visión directa con una sutura continua.

RESULTADOS

Actualmente se requiere de asistencia laparoscópica para realizar una gastrectomía tubular por abordaje transvaginal. En ocasiones es necesario colocar trocres adicionales para completar el procedimiento quirúrgico tanto por abordaje SILS como NOTES.

CONCLUSIONES

Se requiere de modificaciones en las plataformas de acceso y el instrumental para mejorar la visualización y facilitar las maniobras de disección. La gastrectomía tubular por abordaje transvaginal y SILS es factible y segura en manos de expertos, pero carece de aplicación universal.