

Comunicaciones Video SECO 2016

V-001

TUBULIZACIÓN GÁSTRICA EN UN ABDOMEN HOSTIL

E. Delgado Oliver, R. Corcelles, G. Díaz Del Gobbo, M. Jiménez, A.M. De Lacy

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La cirugía de la obesidad está experimentando importantes cambios durante la última década. El Bypass Gástrico (BG) laparoscópico ha pasado de ser una alternativa quirúrgica más, a convertirse prácticamente en el *gold standard* de la cirugía de la obesidad. Si bien, la Gastrectomía Tubular (GT) puede ser mejor opción en determinados casos.

OBJETIVO

Presentar el caso de un paciente con obesidad mórbida e importantes comorbilidades asociadas en el que, pese a presentar un abdomen hostil, se plantea la cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

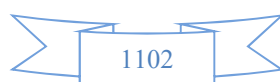
Se trata de un paciente de 47 años con IMC de 38 Kg/m². Como antecedentes hipertensión arterial (3 fármacos), diabetes mellitus con altos requerimientos de insulina (30 unidades/día), dislipemia y SAOS en tratamiento con CPAP. Trasplantado renal por insuficiencia renal crónica a raíz de una poliarteritis nodosa, actualmente con función correcta del injerto. Destaca el antecedente de una laparotomía exploradora por traumatismo cerrado, con una eventración incisional en línea media actualmente. Como preoperatorio una fibrogastroscoopia que excluye una hernia de hiato, tomándose biopsias que descartan la presencia del *helicobacter pylori*. Una ecografía abdominal que describe esteatosis hepática. ASA III.

RESULTADOS

La técnica quirúrgica se lleva a cabo con el paciente en decúbito supino. El cirujano situado entre las piernas del paciente y un ayudante a cada lado. Se utilizan 4 de 12 mm: epigástrico, periumbilical y ambos flancos. Y dos de 5mm, epigástrico y flanco izquierdo lateralizado. Neumoperitoneo con aguja de Veress en hipocondrio izquierdo. Comprobamos previamente a colocar el primer trocar en flanco derecho, que no hay asas adheridas aspirando con una aguja fina. Introducimos la cámara observando un plastrón de asas y colon transverso adheridos a pared abdominal, coincidiendo con la eventración. Introducimos bajo visión directa otro trocar en flanco derecho más bajo para llevar a cabo la adhesiolisis meticulosa con tijeras. Despejamos el campo quirúrgico y colocamos el resto de trocates bajo visión directa. Continuamos con el procedimiento estándar de la GT. El ayudante tira del ligamento gastrocólico, exponiendo el límite de la curvatura mayor gástrica y permitiendo abrir la trascavidad. Resaltar la liberación de las adherencias en la pared posterior gástrica. Es esencial la coordinación entre cirujanos para lograr una correcta exposición del campo quirúrgico sobre todo al separar el estómago del pilar izquierdo. Seccionamos por medio de cargas mecánicas toda la curvatura gástrica, tutorizada por una sonda gástrica de 35 Fr, desde unos 5 cm del píloro hasta llegar a 1cm del ángulo de His con el fin de evitar las posibles fugas. Finalizamos colocando puntos sueltos de la tubulización gástrica al epiplon para asegurar la hemostasia y prevenir la torsión del tubular. Tras dejar el campo quirúrgico limpio se decide no dejar drenaje, pese a lo laborioso de la cirugía. El paciente fue dada de alta a los dos días sin incidencias.

CONCLUSIONES

La gastrectomía tubular es una opción válida en casos de abdomen hostiles en los cuales el bypass no es factible. Es importante tener una estrategia de abordaje a la cavidad abdominal y extremas las medidas de precaución para evitar lesiones durante la cirugía.



V-002

REVISIÓN QUIRÚRGICA DE LA LONGITUD DE LAS ASAS EN PACIENTE CON PÉRDIDA DE PESO INSUFICIENTE TRAS UN BYPASS GÁSTRICO

G. Díaz Del Gobbo, R. Corcelles, A. Ibarzábal, M. Fernández Hevia, J. Ordoñez, D. Momblán, S. Delgado, A.M. Lacy

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVO

Ilustrar una opción terapéutica para pacientes con fallo en pérdida de peso tras un bypass gástrico en los cuales las características anatómicas del reservorio son normales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una mujer de 48 años con antecedentes de hipertensión arterial, un trombosis venosa profunda en el 2015 (actualmente resuelta), colecistectomía por laparoscopia y eventroplastia. Sufre de obesidad mórbida con IMC inicial de 57,4 Kg/m². Hace 9 años se realizó un bypass gástrico por laparoscopia (pie de asa a 200cm de la gastro- yeyuno anastomosis) presentando una pérdida de peso máximo de 39Kg lo que representa un 47,5% de pérdida de exceso de peso y un IMC mínimo de 40,1 Kg/m². En el seguimiento se detecta re ganancia progresiva de 13Kg alcanzando un IMC de 50,8 Kg/m². Mediante endoscopia y TAC con contraste oral se verifica que las características del reservorio son normales, la suma del volumen del asa ciega, el pouch y los 10 primeros cm de asa alimentaria son similares al volumen de una gastrectomía tubular. La paciente padece de un síndrome depresivo que está controlado y actualmente tiene buena adherencia al seguimiento en consultas externas por lo que se propone para modificar la longitud de las asas involucradas en el bypass gástrico.

RESULTADOS

El tratamiento quirúrgico se realiza por vía laparoscópica con la paciente en decúbito prono y piernas abiertas. El cirujano principal se coloca a la izquierda del paciente con un asistente a su lado y otro asistente en el lado contra lateral. Neumoperitoneo con aguja de Veress en hipocondrio izquierdo. Se coloca un total de 5 trocares, tres de 12 mm ubicados en epigastrio, ombligo e hipogastrio y dos de 5mm ubicados en hipocondrio derecho y fosa iliaca derecha. Utilizamos una cámara 3D con la punta flexible a través del trocar umbilical. El primer paso es identificar la válvula ileocecal y realizar un punto a 150 cm de la misma. Seguidamente se identifica el asa alimentaria y se sigue hasta el pie de asa donde se secciona con sutura mecánica. Se realiza anastomosis latero lateral mecánica a nivel del punto marcado previamente. Se cierra el defecto de los mesos con continua de prolene. Como resultado se obtiene un asa alimentaria de 200 cm, un asa común de 150 cm y un asa biliopancreática larga. Se realiza el procedimiento sin complicaciones en 70 minutos, la paciente inicia la ingesta oral el primer día postoperatorio y marcha de alta el 3er día después de la cirugía. Tres semanas más tarde ha perdido 5 Kg, las proteínas totales y la hemoglobina son correctas y presenta de 3 a 4 deposiciones al día.

CONCLUSIONES

La revisión de longitud de las asas involucradas en el bypass es factible y segura en pacientes seleccionados. Asegurar un asa común de 150 cm es importante para mantener el balance correcto entre pérdida de peso, desnutrición proteico calórica y calidad de vida.

V-003

BYPASS GÁSTRICO TRAS ENDO-PLICATURA CON MÉTODO POSE

E. Rodríguez Cuellar, M.V. Vieiro Medina, M.P. Gómez Rodríguez, A. Moreno Bagueiras, M. Galán Martín, C. Loinaz Seguro, F. De La Cruz Vigo

12 de Octubre, Madrid

OBJETIVOS

Mostrar un caso de una paciente a la que se realizó Endo-Plicatura mediante método POSE que persistió con ganancia de peso, con realización posterior de bypass gástrico laparoscópico.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 42 años de edad, al que se realizó una técnica de Endo-Plicatura (Método POSE) por presentar obesidad refractaria a múltiples dietas con IMC de 38 kg/m². Un año después, el paciente acudió a nuestras consultas con IMC de 40 kg/m². Por esta razón se decide realizar bypass gástrico laparoscópico.

DISCUSIÓN

La obesidad y sus complicaciones representan un problema mayor en nuestra sociedad. Por este motivo se han empleado diversos tratamientos médicos, conductuales, higiénico dietéticos y quirúrgicos, con la intención de paliar o solventar este problema. En estos últimos años hemos visto aparecer múltiples tratamientos endoscópicos destinados al tratamiento de la obesidad y sus complicaciones, pero su utilidad real es poco conocida. Actualmente los métodos endoscópicos más relevantes incluyen: balón intragástrico, la partición gástrica (Endo-plicatura), y el uso de prótesis endoluminales (Endo-barrier). Uno de los métodos de Endo-Plicatura, conocido como POSE, utiliza una Plataforma Quirúrgica sin Incisiones -(Incisionless Operating Platform™ (IOP) (USGI Medical, San Clemente, CA)-, que permite realizar plicaturas transmurales mediante un sistema de anclaje, con el objetivo de reducir la acomodación del fundus gástrico y el cuerpo distal. Aun no se disponen de estudios controlados, multicéntricos, randomizados que avalen la seguridad y eficacia de esta técnica a largo plazo. Aportamos un caso de paciente en el que tras realizar dicha técnica se realizó bypass gástrico sin encontrar alteraciones anatómicas, adherencias, engrosamiento o deformidad de la pared gástrica, u otras alteraciones que representen una contraindicación o incremento en la dificultad técnica para la realización de bypass gástrico tras técnicas tipo POSE.

V-004

CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA TUBULAR A BYPASS GÁSTRICO CON ASA BILIOPANCREÁTICA LARGA MÁS HERNIOPLASTIA TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP). TRATAMIENTO INTEGRAL Y MÍNIMAMENTE INVASIVO

G. Díaz Del Gobbo, R. Corcelles, A. Ibarzábal, J.J. Espert, B. De Lacy, A. Navarrete, A.M. Lacy

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVO

Exhibir la estrategia quirúrgica en un paciente con super obesidad inicial y pérdida de peso insuficiente tras una gastrectomía tubular en la que se evidencia hernia de hiato, osteopenia y hernias inguinales bilaterales durante el seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una mujer de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II (DMT2) tratada con antidiabéticos orales (ADOS), dislipidemia y una hernia umbilical gigante. Sufre de obesidad mórbida con IMC inicial de 56 Kg/m². Hace 3 años se realizó una gastrectomía tubular más hernioplastia (malla supra aponeurótica). A los dos años de la cirugía presenta una pérdida de peso de 127 Kg a 93 Kg lo que representa menos del 50% de pérdida de exceso de peso y un IMC de 40 Kg/m² con persistencia de comorbilidades. Durante el seguimiento se detecta osteopenia, hernia de hiato y hernias inguinales bilaterales que han presentado episodios de encarceramiento y una HbA_{1c} de 6,6%. La paciente tiene buena adherencia al seguimiento y cumple con la toma de suplementos vitamínicos. Se elige una alternativa quirúrgica distinta a la derivación biliopancreática con cruce duodenal para evitar las consecuencias derivadas del mal control de la osteopenia y se trata el defecto de la pared abdominal de forma simultánea.

RESULTADOS

El abordaje se realiza completamente por laparoscopia. El neumoperitoneo se logra con aguja de Veress en el hipocondrio izquierdo. Se coloca un total de seis trocares, cinco de 12 mm y uno de 5 mm. El primer paso consiste en la confección del reservorio gástrico con disparos de sutura mecánica a nivel del segundo vaso corto. Sección del asa biliopancreática a 120 cm del Treitz, confección de gastro-yeyuno anastomosis circular mecánica de 25 mm. Disección del hiato y cierre anterior del defecto. Se crea el pie de asa con anastomosis latero lateral mecánica dejando un asa alimentaria de 150 cm. Seguidamente se reduce el contenido de las hernias inguinales y se procede a la colocación pre peritoneal de dos mallas de titanio. Se dejó un drenaje para vigilancia postoperatoria. La cirugía duro 170 minutos, sin ninguna complicación. La paciente inicio la tolerancia oral el primer día post operatorio y marcha del hospital 2 días después de la cirugía.

CONCLUSIONES

Los procedimientos bariátricos de revisión se deben seleccionar de forma que se adapten a las características de los pacientes. La técnica descrita representa una opción para pacientes que requieren revisión después de una gastrectomía tubular y no son aptos para una derivación biliopancreática con cruce duodenal. El abordaje mínimamente invasivo y el tratamiento quirúrgico integral es factible y seguro.

V-005

EXPLORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HERNIA DE HIATO EN GASTRECTOMÍA VERTICAL POR LAPAROSCOPIA

A. García Ruiz De Gordejuela, J. Elvira López, B. Campillo Alonso, A. Casajona Badía, J. Pujol Gebelli

Hospital Universitari de Bellvitge, L´Hospitalet de Llobregat

OBJETIVOS

Este vídeo presenta la sistemática de trabajo intraoperatorio para la evaluación y tratamiento de la hernia de hiato en pacientes que se realiza gastrectomía vertical.

MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestro Centro se indica Gastrectomía Vertical a pacientes jóvenes y con IMC inferior a 42 kg/m², también a pacientes con IMC superior a 60 kg/m² como cirugía en dos tiempos y para aquellos con contraindicaciones para un procedimiento malabsortivo. Se excluyen aquellos pacientes con hernia de hiato o con esofagitis demostrada. No se realiza exploración sistemática preoperatoria con endoscopia y/o tránsito a no ser que el paciente refiera sintomatología clara sugestiva de reflujo. Esto motiva que en algunos casos se objetiven hernias pequeñas o medianas que se deben tratar intraoperatoriamente.

RESULTADOS

De rutina se realiza abordaje medial, seccionando primero el estómago sobre una sonda Foucher 36F. Durante la disección del ángulo de Hiss, o bien, en la sección de los vasos cortos desde la cara posterior del fundus se suelen objetivar estas hernias. Tras completar la gastrectomía y realizar el refuerzo de la línea de sección se realiza la disección de la unión esofagogástrica. Inicialmente se liberan los pilares desde el lado derecho hacia el izquierdo. Se aborda la cara posterior del esófago liberando bien todas las adherencias para permitir 3 o 4cm de esófago intraabdominal. Una vez bien anatomizados todos los elementos de la unión esofagogástrica se cierran los pilares con 2 puntos sueltos de material irreabsorbible.

CONCLUSIONES

La exploración y tratamiento sistemático de la hernia de hiato en pacientes con gastrectomía vertical es segura y fiable. Es un gesto quirúrgico más para evitar la aparición de reflujo de novo en estos pacientes.

V-006

DE GASTRECTOMÍA VERTICAL A BYPASS POR REFLUJO EN PACIENTES NO OBESO CON IMC LIMITE (29-34): ¿ES CIRUGÍA REVISIONAL BARIÁTRICA O CIRUGÍA FUNCIONAL?

F. Del Castillo Diez, E. Ferrero Celemin, J.D. Sánchez López, J.M. Gil López, E. Iglesias García, A.L. Picardo Nieto

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid

OBJETIVOS

Presentar nuestra técnica en vídeo de paso de Gastrectomía vertical (GV) a Bypass gástrico en Y de Roux (BGRY) por Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) funcional o secundario a estenosis en pacientes con IMC límite de 29-34.

MATERIAL Y METODOS

Nuestra serie es de 263 pacientes operados por Obesidad Mórbida desde el año 2010. La ERGE tras GV, es un problema creciente secundario a alteraciones dinámicas de novo o estenosis de la gastrectomía previa, más frecuentemente en incisura angularis. En la evolución de su postoperatorio, hay 6 pacientes (2,28%) que han presentado una ERGE previamente leve o asintomática, o de novo, tras GV, que o por mal control de los síntomas a pesar de los antiácidos, o por vómitos persistentes, o por aparición de esófago de Barrett, hemos decidido convertir a cirugía derivativa (BGRY). Se ha planteado la duda del tamaño del nuevo reservorio, así como de la longitud del asa alimentaria, en pacientes a priori, no obesos. Se decidió aplicar una técnica estándar en el tamaño del reservorio y la longitud de asas a 150 cm.

RESULTADOS

Nuestra serie de pacientes operados desde el año 2010 consta de 263 pacientes. Se han realizado 73 gastrectomías verticales (27,7%). Hemos operado 6 pacientes desde GV a BGRY con IMC entre 29-34 (2,28%). Todos los pacientes operados presentaron un postoperatorio sin eventos y presentan un buen control de los síntomas y un mejor control del peso, a medio plazo, con un descenso de IMC de al menos 3 puntos. En todos los casos, los síntomas de ERGE desaparecieron, apreciándose una mejoría de la esofagitis por endoscopia en los pacientes más graves. El periodo de seguimiento medio de los pacientes ha sido de 8 meses (2-18 meses). A partir del año 2016, aplicamos un algoritmo de manejo de pacientes con ERGE e indicación de GV.

CONCLUSIONES

El BGRY estándar es una opción factible y segura en pacientes con IMC límite y problemas de ERGE derivados de una GV previa. Permite un control de los síntomas de ERGE adecuados como un mantenimiento de la pérdida de peso de forma efectivo a corto y medio plazo.

V-007

CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN: FÍSTULA GASTRO-GÁSTRICA

I. Bachero Prades, R. Corcelles Codina, G. Díaz Del Gobbo, S. Delgado Rivilla, A. Ibarzábal Olano, A.M. Lacy Fortuny

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVO

La fístula gastrogástrica (FGG) es una complicación poco frecuente después del bypass gástrico (BPG) por lo que su manejo puede representar un reto para el cirujano. Presentamos el caso de una paciente de 30 años con antecedente de obesidad mórbida tipo III y un índice de masa corporal (IMC) de 41kg/m² que fue sometida a un BPG laparoscópico sin incidencias. Durante su seguimiento clínico ambulatorio, presentó dolor abdominal intermitente; por lo que se realizó tránsito esofagogastroduodenal (TEGD) que no objetivó datos de oclusión, por lo que se decidió seguimiento evolutivo. Debido a la persistencia de los síntomas, se practicaron una fibrogastroscoopia y una tomografía computerizada (TAC); ésta reveló paso de contraste oral del muñón al remanente gástrico. El estudio endoscópico posterior confirmó la sospecha diagnóstica de FGG con un orificio fistuloso, pero con un diámetro conservado de la anastomosis esofagoyeyunal sin lesión de su mucosa. En el momento del diagnóstico de la FGG, la paciente había perdido 45 kg de peso y tenía un IMC de 25 kg/m².

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras discusión del caso en sesión clínica, se decidió realizar una revisión quirúrgica laparoscópica. La paciente fue colocada en decúbito supino con piernas abiertas. El cirujano principal se colocó entre las piernas del paciente con un cirujano asistente a derecha (portador de la cámara) y otro a la izquierda. Se colocaron un total de 5 trócares utilizando las cicatrices de la cirugía bariátrica previa. La cámara de 30° se introdujo a través del puerto de 12 mm supraumbilical. El primer paso del procedimiento fue el reconocimiento de la anatomía tras BPG. A pesar de las múltiples adherencias, se identificó el asa alimentaria “en Y de Roux” y el muñón gástrico en contacto con el lóbulo hepático izquierdo. La disección inicial del muñón gástrico se realizó mediante tijera fría sin utilizar electrobisturí para evitar lesiones térmicas. El fundus gástrico también fue identificado y liberado. Se utilizaron dispositivos de energía sólo cuando el plano era correctamente identificado. Se prosiguió con la liberación de adherencias entre el pouch y el remanente gástrico hasta identificar e individualizar el trayecto fistuloso. Se prosiguió con disección roma para exponer los planos avasculares circundantes a la FGG. La estrategia consistió en aplicar tracción sobre el fundus gástrico (la mano no dominante proporciona una exposición adicional y la mano dominante aplica una disección roma). La maniobra es similar a los movimientos durante la disección de la cara posterior gástrica para realización del pouch en el BPG laparoscópico convencional. Finalmente se logró identificar claramente el trayecto fistuloso, bien definido y con márgenes fibróticos. Mediante el “goldfinger” se aseguró la individualización completa de la fístula que se seccionó mediante una endograpadora mecánica lineal. Tras revisión cuidadosa de la hemostasia, se decidió no dejar drenaje intraabdominal.

RESULTADOS

La cirugía de revisión transcurrió sin complicaciones intraoperatorias y duró 45 minutos. La paciente fue dada de alta del hospital el primer día postoperatorio sin complicaciones inmediatas. Tres meses después de la intervención, permanece asintomática y mantiene la pérdida de peso.

V-008

CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN: COMPLICACIÓN TRAS GASTROPLASTIA VERTICAL ANILLADA

I. Bachero Prades, R. Corcelles Codina, G. Díaz Del Gobbo, S. Delgado Rivilla, A. Ibarzábal Olano, D. Momblán, A.M. Lacy Fortuny

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVO

La gastroplastia vertical anillada ha sido (GVA) ha sido una técnica puramente restrictiva descrita inicialmente por Mason en 1980. Tras una pérdida de peso inicial satisfactoria a corto plazo, la tasa de reintervención debido a complicaciones postoperatorias (dehiscencia de la línea de sutura) y reganancia de peso se estima del 50%, motivo por el que actualmente se ha abandonado su realización. Presentamos el caso de un paciente con antecedente de GVA realizada en otro centro hospitalario EN 1996 (IMC y peso inicial; 50.9 kg/m² y 140 kg respectivamente) con buena pérdida ponderal (50,9% de exceso de peso perdido). Éste fue remitido a nuestro hospital debido a reflujo gastroesofágico grave y progresiva intolerancia a la ingesta oral. Se amplió el estudio del cuadro clínico mediante una fibrogastroscofia que excluyó lesiones esofágicas y reveló una estenosis a 50 cm de la arcada dentaria. El tránsito esofagogástrico objetivó hernia hiatal con reflujo y retraso el vaciado gástrico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se indicó el tratamiento quirúrgico con conversión de la GVA en un bypass gástrico “en Y de Roux” (BPG). El paciente fue colocado en decúbito supino con piernas abiertas. El cirujano principal se ubicó entre las piernas y los dos ayudantes a sendos lados del paciente. Se utilizaron un total de seis trócares: 12 mm supraumbilical para óptica de 30°, tres trócares 12 mm como canales de trabajo, un trocar más lateral de 5 mm en el flanco izquierdo y, finalmente, un trocar de 12 mm en el ombligo que se utilizó durante la fase inframesocólica de la intervención. El vídeo presentado se centra en la disección del estómago y la creación del muñón o “pouch”. Se completó el BPG en Y de Roux antecólico y antegástrico con un asa biliopancreática de 50 cm y una anastomosis yeyuno-yeyunal a 150 cm del asa alimentaria.

RESULTADOS

La intervención tuvo una duración de 210 minutos y no hubo complicaciones postoperatorias a destacar. El seguimiento evolutivo a fecha de hoy es correcto con el paciente asintomático, tolerando la ingesta oral y sin semiología de reflujo gastroesofágico.

V-009

ASPECTOS TÉCNICOS DE LA DISECCIÓN COMPLEJA DE CRURAS EN HERNIA HIATAL DURANTE GASTRECTOMÍA VERTICAL

A. Navarrete, R. Corcelles, S. Delgado, A. Ibarzábal, G. Díaz Del Gobbo, A.M. Lacy

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de elección en pacientes con obesidad mórbida asociado a reflujo gastroesofágico (RGE) con presencia de hernia hiatal es el bypass gástrico. En aquellos casos en los que no se puede realizar esta técnica, la gastrectomía vertical (GV) es una alternativa. La realización de una GV y reparación de la hernia hiatal, en estos casos, es complejo y aún controvertido en relación a sus resultados.

CASO CLÍNICO

Se presenta una paciente de 50 años con obesidad mórbida (IMC de 52 kg/m²) asociado a hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia. La paciente relata sintomatología de acidez y RGE ocasional por lo que se realiza estudio que evidencia gran hernia hiatal. Dado el antecedente de ser una paciente superobesa se indica GV y cierre de cruras. Se utilizaron 5 puertos; un puerto de 12 mm en posición supraumbilical para la óptica de 30°, dos puertos adicionales de 12 mm en cada flanco como canal de trabajo para el cirujano y dos puertos de 5 mm; uno situado en el epigastrio para la retracción del hígado, y otro más lateral en el flanco izquierdo para la tracción del epiplón y el estómago. Se realiza disección del ángulo de His como también del ligamento gastrohepático. Por medio de una disección roma se crea un túnel para comunicar ambas ventanas. Posterior a eso se realiza la disección de ambos pilares. Dado la presencia de abundante tejido graso, la óptima exposición de las cruras fue difícil. El cirujano debe comprobar siempre antes de seccionar los tejidos la presencia de lesiones inadvertidas del esófago, ya que, son potencialmente fatales, especialmente en pacientes con obesidad mórbida. Un truco es llevar a cabo la tracción del tejido graso y comprimirlo con el ligasure™. Con esta maniobra el plano avascular se hace evidente logrando así mejorar la seguridad de la disección. Una vez completada esta fase, se continúa con la disección, preservando siempre la arteria gástrica izquierda. En estos casos complejos el uso del gancho monopolar permite lograr una disección capa por capa. La pared anterior de la unión esófago-gástrica se libera gradualmente. El cirujano asistente realiza la tracción del fundus gástrico. Esto es esencial para mejorar y mantener la exposición. La colocación de una sonda foucher ayuda a delimitar el esófago, dando mayor seguridad para continuar la individualización laboriosa de las estructuras anatómicas. Finalmente el hiato se libera completamente del tejido graso. El abordaje posterior del hiato es mejor para visualizar el defecto y posterior cierre de las cruras. Se realizaron suturas separadas de seda 2/0 para el cierre del hiato. Posterior a esto se completó la cirugía, realizando una GV en forma habitual. La cirugía se realizó en 115 minutos sin complicaciones intraoperatorias siendo dada de alta a las 48 horas. El seguimiento se realizó hasta los 30 meses con un IMC: 30 kg/m², resolución completa de comorbilidades y sin sintomatología de RGE.

CONCLUSIÓN

La realización de una GV con reparación de hernia hiatal parece ser una alternativa adecuada en este tipo de pacientes.

V-010

CIERRE DE PILARES EN LA GASTRECTOMÍA VERTICAL CON ERGE Y HERNIA DE HIATO. NUESTRO ALGORITMO

F. Del Castillo Díez, J.D. Sánchez, E. Ferrero, J.M. Gil López, E. Iglesias García, A.L. Picardo

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid

OBJETIVO

Presentar nuestra técnica de Gastrectomía Vertical y cierre de pilares y nuestro algoritmo de manejo de pacientes con Hernia de hiato y presencia o no de ERGE candidatos a Gastrectomía Vertical.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestra serie consta de 263 pacientes operados desde el año 2010. Solicitamos un estudio EGD y Gastroscoopia todos nuestros pacientes. Los pacientes candidatos a Gastrectomía Vertical (GV) (IMC de 35-40 sin síndrome metabólico) sin/con hernia de hiato menor de 3 cm en la gastroscopia, con EGD normal y sin clínica de ERGE, se someten a una cirugía de gastrectomía vertical estandar. En los pacientes sin/ con hernia de hiato en gastroscopia y Estudio EGD patológico, ampliamos a estudio con PHmetria y Manometria esofágica. En los pacientes candidatos a GV con estudio funcional patológico realizamos un bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux (BGYR). En los pacientes candidatos a GV, con estudio funcional no patológico y/o clínica de ERGE y/o hernia de hiato mayor de 3 cm en la gastroscopia, realizamos una reducción de la hernia y un cierre de pilares calibrado, previo a la gastrectomía vertical. Exploramos el hiato de forma sistemática desde este año.

RESULTADOS

De los 263 pacientes operados en nuestra serie, se han realizado 73 GV (27,7%). De estos se han realizado 3 cirugías revisionales (1,14%) a BGYR por ERGE 20 a la cirugía bariátrica. A partir del año 2016, hemos decidido aplicar nuestro algoritmo para el manejo de los pacientes candidatos a GV y patología funcional de la unión esófago gástrica. La maniobra no añade morbilidad en nuestra experiencia.

CONCLUSIONES

La GV es una técnica refluxogena, lo cual podría evitarse con el cierre sistemático de pilares o la realización de otras técnicas en pacientes seleccionados. Presentamos nuestro algoritmo de manejo de estos pacientes.

V-011

GASTRECTOMÍA VERTICAL CON PUERTOS REDUCIDOS EN NÚMERO Y DIÁMETRO: NUESTRA TÉCNICA

F. Del Castillo Díez, J.D. Sánchez, J.M. Gil López, E. Ferrero Celemin, E. Iglesias García, A.L. Picardo

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid

OBJETIVO

Presentar nuestra técnica de Gastrectomía Vertical (GV) con puertos reducidos en número y diámetro.

MATERIAL Y MÉTODOS

La técnica consiste en la recreación fiel y segura del procedimiento estándar utilizando trocares de menor diámetro y en menor número que la técnica habitual de 5 trocares. El proceso comienza con la sustitución de la visión habitual por una cámara de 5 mm y 30°. Es una constante la utilización de un trocar de 12 mm para la introducción de endograpadora, suturas y gasas, así como para la extracción de la pieza. A partir de ahí, se puede variar en número y diámetro el número de pinzas utilizado. La reproductibilidad y la seguridad han sido no negociables en el proceso de diseño.

RESULTADOS

Nuestra serie de pacientes operados desde el año 2010 consta de 263 pacientes. Se han realizado 73 gastrectomías verticales (27,7%). Se han realizado 6 procedimientos (2,28%) con técnica de puertos reducidos en número y en diámetro. No se han presentado incidencias en el postoperatorio inmediato. No se han modificado los resultados a corto plazo (6 meses). Los pacientes se muestran muy satisfechos con el resultado cosmético. No han aparecido complicaciones de las heridas.

CONCLUSIONES

Consideramos que la cirugía laparoscópica multidispositivo pero en reducido número y calibre es un camino en la mejora del abordaje laparoscópico estándar, con el objetivo de disminuir las complicaciones derivadas de las laparotomías, una mejoría del dolor y de la cosmética.

V-012

REDUCCIÓN DEL RESERVOIRIO GÁSTRICO LAPAROSCÓPICA POR INSUFICIENTE PÉRDIDA DE PESO TRAS BY-PASS GÁSTRICO LAPAROTÓMICO

M. Recarte Rico, D. Pastor Morate, T. Funes Dueñas, P. Mate, E. York, I. Calvo, C. Iglesias, M.V. Bonan, A.I. De Cos, R. Corripio Sánchez

Hospital Universitario La Paz, Madrid

OBJETIVOS

La terapia más eficaz para la obesidad mórbida es la cirugía bariátrica y metabólica, y el by-pass gástrico en Y de Roux fue la técnica quirúrgica más frecuentemente realizada (45% de los procedimientos bariátricos) en el año 2013. La insuficiente pérdida de peso es la principal indicación de la cirugía de revisión. Presentamos el caso clínico de un paciente que requirió reducción del reservorio gástrico laparoscópica por insuficiente pérdida de peso tras un by-pass gástrico laparotómico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 62 años con antecedentes personales by-pass gástrico laparotómico por obesidad mórbida (IMC inicial 49 Kg/m²) en el año 2005. En el año 2014 el paciente consulta por insuficiente pérdida de peso (IMC 36 Kg/m²). Tras completar el estudio con un tránsito esofagogastroyeyunal con gastrografía y evaluación del caso en el comité de la Unidad Médico-Quirúrgica de Obesidad de nuestra institución, se propone laparoscopia exploradora y actitud quirúrgica según hallazgos.

RESULTADOS

El paciente es intervenido en Noviembre de 2015. Se realiza una reducción laparoscópica del reservorio gástrico por 5 puertos. Las adherencias entre el repertorio gástrico, el asa yeyunal alimentaria y la superficie hepática son liberadas completamente. Se inserta a través de la boca una sonda de Fouchet de 36 Fr hasta el asa yeyunal bajo guía laparoscópica. Se crea un nuevo reservorio gástrico desde la zona del estómago proximal a la anastomosis gastroyeyunal hasta el ángulo de His con endograpadora lineal. Finalmente se comprueba la estanqueidad del procedimiento con el test de azul de metileno. El postoperatorio transcurre sin complicaciones realizándose un control radiológico al 4^o día de la intervención sin objetivarse fuga de contraste.

CONCLUSIONES

La cirugía de revisión por vía laparoscópica se puede llevar a cabo de forma segura por cirujanos bariátricos entrenados y con experiencia en centros de excelencia.

V-013

FALSA VÍA EN ANASTOMOSIS GASTRO-YEYUNAL EN BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO: DETECCIÓN INTRAOPERATORIA Y RESOLUCIÓN

C. Ferrigni González, J. Ruiz-Tovar Polo, A. García Muñoz-Najar, J. González González, S. Gutiérrez Medina, B. Manso Abajo, B. Láiz Díez, M. Jiménez Fuertes, D. Alías Jiménez, M. Duran Poveda

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles

Muchos cirujanos bariátricos en la actualidad realizan la anastomosis reservorio-yeyunal del bypass gástrico mediante endograpadora lineal. Para ello, es necesario hacer 2 pequeñas incisiones en yeyuno y reservorio gástrico, que permitan la introducción de las palas de la endograpadora, para posteriormente proceder al grapado y sección, creando la anastomosis. El momento de introducir las palas es crucial, porque una mala inserción condiciona una anastomosis incorrecta y que puede traer consigo complicaciones posteriores. Presentamos el caso de una mujer de 60 años con IMC 44,2, que es sometida a un bypass gástrico en Y de Roux. Para la realización de la anastomosis reservorio-yeyunal se usa la endograpadora Echelon Flex (J&J). Tras realizar 2 orificios en yeyuno y reservorio, se introduce la pala grande en yeyuno sin incidencias, pero la pala pequeña no se introduce correctamente en la luz del reservorio, sino que de forma inadvertida se crea una falsa luz a través de la pared del reservorio. Tras realizar el grapado y sección, se inspecciona la anastomosis y se objetiva una anastomosis estrecha, por falta de grapado y sección correctos de la pared del reservorio. El problema se soluciona mediante apertura de la pared gástrica con Ultracision (J&J) para ampliar la boca anastomótica y sutura de la cara posterior de la anastomosis con V-Loc 2/0. Finalmente, se cierra la brecha anastomótica con otro V-Loc 2/0 a modo habitual. La anastomosis del pie de asa se realizó sin incidencias. El test de estanqueidad intraoperatorio con azul de metileno no evidenció fuga. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente fue dada de alta al 2º día postoperatorio.

V-014

CIRUGÍA DE REVISIÓN POR PÉRDIDA EXCESIVA DE PESO: GASTRECTOMÍA VERTICAL A BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO

A. García Muñoz-Najar, C. Ferrigni González, J. Ruiz-Tovar Polo, J. González González, G. Díaz García, A. Moreno Posadas, S. Gutiérrez Medina, M. Jiménez Fuertes, D. Alías Jiménez, M. Duran Poveda

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles

INTRODUCCIÓN

La Gastrectomía Vertical laparoscópica (GVL) como procedimiento inicial bariátrico ha ganado gran popularidad. Ha demostrado excelentes resultados tanto en la pérdida de peso y en la mejora de las comorbilidades asociadas, así como ventajas respecto a otras técnicas como son: la relativa simplicidad del procedimiento quirúrgico, aceptable tasa de complicaciones y la posibilidad de acceso endoscópico a la parte superior tracto digestivo. La conversión a Bypass Gástrico en Y de Roux laparoscópico (BGYRL) ha sido descrita como una opción de tratamiento para la pérdida de peso inadecuada después GVL, para la no resolución de las comorbilidades o complicaciones tales como fugas, estenosis y/o reflujo gastroesofágico severo. Presentamos el caso de un paciente intervenido con la técnica GVL que durante los 2 años siguientes presenta una pérdida ponderal excesiva por intolerancia a la dieta de forma progresiva, sin poder demostrar causa mecánica, por lo que nos obligó a convertir la GVL a BGYRL.

MÉTODOS

Paciente varón de 38 años intervenido hace 2 años de obesidad mórbida, con peso inicial de 150,9 kg e IMC: 52,5, realizando una GVL. La evolución fue correcta con una pérdida ponderal muy aceptable y resolución completa de sus comorbilidades (HTA, DM y dislipemia). En los últimos meses empieza con intolerancia casi completa y vómitos frecuentes por lo que se realizan pruebas para descartar estenosis u otra complicación. Medidas antropométricas al 21º mes de la cirugía: Peso: 58 Kg. IMC: 19,8. En los estudios que se realizaron el tránsito gastroduodenal demostró una ligera distensión de tercio medio y distal del esófago con paso lento a través de un segmento de unos 2 cm en fundus-cuerpo gástrico, pero con paso de contraste a marco duodenal a través de un estómago con morfología tubular secundario a cambios postquirúrgicos. En la endoscopia alta no se observan zonas de estenosis. Se decidió BGYRL sin asociar malabsorción, estancia postoperatoria de 2 días. Al 1º mes de la reintervención el paciente está asintomático con un peso de 67 Kg e IMC de 23.

RESULTADOS

En este vídeo presentamos la realización de una cirugía de revisión convirtiendo una GVL a BGYRL, demostrando su técnica, con un asa biliopancreática de 60 cm y asa alimentaria de 80 cm.

CONCLUSIONES

La conversión de GVL a BGYRL se realiza cuando existe una inadecuada pérdida de peso, reganancia o cuando existen complicaciones tardías como estenosis, torsiones o no mejoría de comorbilidades. En este caso creemos que es un caso especial ya que no se ha demostrado una estenosis y creemos que existió una disfunción del tracto digestivo, con mal funcionamiento del tubo gástrico y como consecuencia de una pérdida excesiva de peso y vómitos convertimos la técnica previa con un resultado excelente en lo que se refiere a la tolerancia y a la normalización paulatina del peso.

V-015

CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN: HERNIA INTERNA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE BY-PASS GÁSTRICO

R. Bravo, A. Ibarzábal, R. Corcelles, G. Díaz Del Gobbo, A.M. Otero, A.M. Lacy

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVOS

Los pacientes sometidos a by-pass gástrico por obesidad mórbida, pueden presentar dolor abdominal intermitente y distensión después de una pérdida de peso importante. Esta sintomatología típica oclusiva comporta la consulta del paciente bien de forma programada o urgente dependiendo de la gravedad de la clínica. Las dos causas principales de este cuadro son las adherencias postoperatorias y las hernias internas a través de los defectos mesentéricos, bien el espacio de Petersen o la brecha mesentérica de la anastomosis yeyuno-yeyunal. El objetivo de este video es el de mostrar la mejor manera de diagnosticar y tratar a los pacientes afectos de oclusión intestinal tras by-pass gástrico.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este video presentamos a una paciente de 44 años de edad con antecedente de by-pass gástrico hace dos años y pérdida de peso de 50 kg. Acude a urgencias con la clínica descrita por lo que se realiza una tomografía axial computerizada con contraste oral. Se evidencia un estrechamiento progresivo del calibre del intestino delgado, signo del remolino en los vasos mesentéricos y alteración en la progresión del contraste oral por lo que ante la sospecha diagnóstica de hernia interna se decide intervención quirúrgica urgente. Se coloca a la paciente en posición de litotomía con el cirujano principal entre las piernas. Se realiza una laparoscopia exploradora con colocación de 4 trócares. Los objetivos son comprobar la viabilidad intestinal, identificar la causa de la oclusión y por último solucionarla y evitar que vuelva a suceder. Para mantener la orientación anatómica, la revisión del intestino debe realizarse de forma sistemática. En este caso se inicia la revisión por el asa alimentaria observando un aumento de la tracción a la llegada al pie de asa aunque sin poder reducir la hernia de esta manera por lo que se decide reexplorar el intestino desde el asa común y de forma retrógrada. De esta manera fue factible la reducción de la anastomosis yeyuno-yeyunal herniada a través del defecto mesentérico. Se cierra dicho defecto con una sutura continua de monofilamento. Posteriormente se revisa el orificio de Petersen evidenciando un defecto amplio entre el asa alimentaria y el mesenterio del colon transversal que también se sutura.

RESULTADOS

La cirugía se llevó a cabo sin complicaciones intra ni postoperatorias. La paciente inicia dieta que es bien tolerada a las 24 horas de la cirugía y pudo ser dada de alta sin incidencias al tercer día postoperatorio.

CONCLUSIONES

La sospecha de hernia interna debe ser tenida en cuenta en pacientes sometidos a by-pass gástrico que presentan clínica oclusiva a pesar de haber cerrado los defectos mesentéricos en la primera cirugía. El diagnóstico es clínico aunque puede ser de ayuda para su confirmación la realización de un TAC abdominal con contraste oral. Se trata de una emergencia quirúrgica dado que peligran la viabilidad intestinal. La cirugía laparoscópica de revisión es una técnica factible y segura en este tipo de pacientes.

V-016

CIRUGÍA DE REVISIÓN BARIÁTRICA: ÚLCERA MARGINAL PERSISTENTE A.M. Otero Piñeiro, R. Corcelles, G. Díaz Del Gobbo, S. Delgado, A.M. De Lacy *Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona*

OBJETIVOS

Las úlceras marginales después de un bypass gástrico Roux-n-Y pueden ser una de las complicaciones más problemáticas. El tabaquismo y la ingesta de medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos están relacionados con su desarrollo en el postoperatorio tardío. En caso de presentarla, los pacientes fumadores deben dejar de fumar, se deben recetar inhibidores de la bomba de protones y la infección por *Helicobacter pylori* debe descartarse o tratarse. La cirugía es necesaria si los síntomas persisten después de dos meses de tratamiento médico. Nuestro objetivo es mostrar el tratamiento quirúrgico en un paciente que requirió dicha opción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 32 años exfumador, con antecedente de SAOS en tratamiento con CPAP y obesidad mórbida con un IMC de 60 kg/m². Se sometió a un bypass gástrico en 2005. Excelente respuesta a la cirugía tras dos años de seguimiento con pérdida de 130 Kg, alcanzando un IMC de 25 kg/m² y resolviéndose sus comorbilidades. En ese momento consultó explicando disfagia y vómitos. Admitió que estaba fumando de nuevo y en ese momento en tratamiento con AINEs por una lumbalgia. Se realizó un tránsito gastrointestinal objetivando una estenosis a nivel de la anastomosis gastroyeyunal sin otros hallazgos. En la gastroscopia se observó una úlcera marginal en la anastomosis. Se realizó tratamiento conservador con IBP y dejó de fumar, además se realizaron dilataciones endoscópicas pero fracasaron, por lo que se decidió la revisión quirúrgica por vía laparoscópica. El objetivo de la cirugía fue diseccionar el pouch gástrico junto con la anastomosis gastroyeyunal, hacer una resección de la misma y crear una nueva.

RESULTADOS

La cirugía duró 190 minutos. En el postoperatorio el paciente presentó un sangrado extraluminal, pero se mantuvo estable con tratamiento conservador sin necesidad de transfusión de hemoderivados. Empezó la ingesta oral 48 horas después de la cirugía y fue dado del alta el quinto día del postoperatorio. El examen anatomopatológico descartó neoplasia o infección por *H. pylori*. El paciente permanece asintomático un año después de la revisión, manteniendo el tratamiento con IBP y la abstinencia del tabaco.

CONCLUSIONES

La cirugía de revisión bariátrica mediante vía laparoscópica en casos de úlceras marginales a nivel de la anastomosis gastroyeyunal, es una técnica segura y fiable en manos experimentadas, obteniendo resultados satisfactorios, basándonos en nuestra experiencia.

V-017

GRAPADO DE LA SONDA EN EL GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

A. Ros, A. Baltasar, N. Pérez, R. Bou, C. Serra

Hospital de Alcoy, Alcoy

CASOS CLÍNICOS

Informamos de tres pacientes en los que se produjo una grapado de la sonda de 12 mm. Caso 1. Mujer de 38 años, IMC-48.5 intervenida en 2006 realizando GVL + DBP que hubo que convertir a abierta por el grapado de la sonda. Fuga clínica a los 5 días bien drenada. Endoprótesis auto-expandible. La fístula recidiva al año y Y-de-Roux en 2007. Fuga de nuevo y finalmente en el año 2009, gastrectomía reversión de la DBP y restablecimiento intestinal continuidad. IMC actual es 35. Caso 2. Paciente de 64 años, IMC-43 con EPOC y CPAP O₂, Dislipemia. GVL en 2008. El defecto se controla con dos líneas de suturas y control sin fugas. Sufre una descompensación respiratoria a los 15 días y entrar en UCI y fallece sin sepsis clínica con diagnóstico de embolia pulmonar. Caso3. Mujer de 35 años e IMC-46. GVL en 2013. Grapado lateral de la sonda de 12mm. en la unión de tercio medio y superior gástrico. Por simple tracción el anestesista logra la extracción completa de la sonda. Se sutura el defecto y nuevo re-grapado. Finaliza con invaginación . Cura y a los 3 años tiene IMC-35.

CONCLUSIÓN

El grapado es un accidente que debe evitarse a toda costa. Anestesiista y cirujano deben estar alerta y coordinados para identificar y mover la sonda con la frecuencia necesaria para evitar este accidente., pero cuando eso sucede ya es demasiado tarde. Re-grapado del defecto puede ser la mejor solución.

V-018

CIRUGÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. PROPUESTA EXPERIMENTAL VÍA LAPAROSCÓPICA EN CADÁVER THIEL

R. Abad Alonso (1), L. Zubiaga Toro (2), P. Enríquez Valens (3)

(1) Miguel Hernández, Alicante; (2) Lille, Lille; (3) General Alicante, Alicante

Actualmente la cirugía metabólica se está mostrando más eficaz que el tratamiento médico de la diabetes mellitas tipo 2, evidencia de la que se está haciendo eco la sociedad la cual empieza a demandar soluciones definitivas aun cuando su IMC es inferior a 30. Existen diferentes procedimientos para el tratamiento de la obesidad y aun ninguna ha podido establecer su supremacía, y aunque en diferentes proporciones todas han demostrado una mejora en el perfil glucémico. A lo largo de la historia son varios los casos en los que la cirugía ha abierto camino para la investigación creándose posteriormente las bases para un tratamiento farmacológico. Es por ello que presentamos una propuesta de técnica quirúrgica experimental para el tratamiento de la diabetes mellitas tipo 2, independientemente del IMC. Para ello se exponen las bases anatomofisiológicas:

1. Hipótesis del “foregut” en donde la exclusión duodenal y primer tramo yeyunal promueve alteraciones hormonales, más concretamente en las incretinas.
2. Preservación de la cámara gástrica, dado que la finalidad es la mejoría del perfil glucídico sin alterar el peso, se realizan modificaciones anatómicas creando un tubo reverso como nuevo píloro.
3. Una anastomosis, lo cual disminuye el riesgo de fugas, no hay que realizar aperturas de mesos y reduce el tiempo operatorio.
4. Realización de la anastomosis en la zona más caudal, lo que disminuye la posibilidad de reflujo biliar al estómago.

Basándonos en estos principios hemos desarrollado una técnica experimental que ha demostrado mejorar el perfil glucídico en animales modelo experimental de la diabetes mellitus tipo dos, sin alterar su desarrollo ni crecimiento.

V-019

ESFINTEROTOMÍA ENDOSCÓPICA MEDIANTE ACCESO TRANSGÁSTRICO LAPAROSCÓPICO TRAS BYPASS GÁSTRICO

J.L.D.L. Cruz Vigo, J. Espinel Diez, P. Sanz De La Morena

Clínica San Francisco, León

OBJETIVOS

La incidencia de colelitiasis tras B.G. se calcula en torno al 7%-8%, no siendo recomendada la colecistectomía profiláctica en estos pacientes. La coledocolitiasis en un paciente con Bypass Gástrico (B.G.) plantea una nueva estrategia. Puede hacerse un acceso exclusivamente quirúrgico, laparoscópico o abierto con el tratamiento simultáneo de las dos patologías, si es que no hubo colecistectomía previa, o únicamente abordaje de la Vía Biliar Principal (V.B.P.). Otra opción es un abordaje endoscópico de la V.B.P. y posterior o simultánea colecistectomía si fuera necesaria. La canulación endoscópica de la papila tras un B.G. puede realizarse de dos maneras diferentes; una es una PCER asistida con balón de enteroscopia a través de la bolsa gástrica, el asa en Y de Roux (alimentaria) el asa biliopancreática y la papila. Con esta técnica y endoscopia de visión frontal el porcentaje de éxito en la canulación es solo del 60%. La otra opción es realizar una laparoscopia con gastrotomía e introducción del endoscopio de visión lateral pasar al duodeno y acceder a la papila de la manera habitual. El éxito de esta segunda opción se sitúa cercano al 100%.

PACIENTES Y MÉTODOS

Mujer de 55 años de edad, con antecedentes de colecistectomía laparoscópica en 2013. Bypass gástrico con banda por laparoscopia en abril 2014. En marzo 2015 cuadro de dolor en hipocondrio derecho con subictericia y coluria. Bioquímica hepática de colostasis. Amilasa normal. Colangiografía: tres claculos a nivel de colédoco distal. Peso: 77 kg, pérdida de peso: 39 kg, % E.P.P.: 74%, IMC: 26.6 kg/m². Intervención 7/04/2015. Profilaxis tromboembólica y antibiótica. Acceso con 4 trócares; uno de 10 mm, uno 15 mm y dos de 5 mm. Gastrotomía de 2 cm a nivel de antro gástrico en el estómago residual. Paso del endoscopio lateral por el trócar de 15 mm situado en el hipocondrio izquierdo línea axilar anterior e introducción dentro del estómago progresando hasta la segunda porción duodenal. Acceso guiado, con control radiológico, a la V.B.P. y esfinterotomía amplia. Extracción laboriosa de los cálculos de consistencia dura fragmentados con la cestilla de Dormia. Comprobación de la limpieza de la V.B.P. con balón de Fogarty. Extracción del endoscopio del estómago y de la cavidad abdominal. Cierre de la gastrotomía con sutura continua monoplano reabsorbible 000, Lavado de la cavidad abdominal. Cierre de aponeurosis de los trócares de 15mm y 10mm. Duración total del procedimiento 150 minutos.

RESULTADOS

En el postoperatorio se detecta una hiperamilasemia transitoria con cifras máximas de 968 u.i que se normalizan en 48 horas. La paciente mantiene buen estado general con estabilidad de la diuresis y resto de las constantes sin precisar ningún tipo de apoyo especial. Es dada de alta al sexto día postoperatorio.

CONCLUSIONES

En los pacientes con Bypass gástrico, de las posibles opciones de tratamiento de la litiasis de la V.B.P., el tratamiento endoscópico se considera el más adecuado. Para acceder endoscópicamente a la papila en estos pacientes, la vía transgástrica laparoscópica es la más aceptada, segura y con mayor probabilidad de éxito.

V-020

CIERRE DE BRECHA MESENTÉRICA DIFERIDO POR SOSPECHA DE HERNIA INTERNA TRAS BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX

J. González González, C. Ferrigni González, J. Ruiz-Tovar Polo, A. García Muñoz-Najar, D. Aliaz Jiménez, J. Chacín Simón, B. Manso Abajo, P. Artuñedo Pe, C. Nevado García, M. Duran Poveda

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles

INTRODUCCIÓN

La hernia interna es una potencial complicación tras un bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico. Algunos estudios han demostrado que el cierre sistemático de los defectos mesentéricos disminuye la incidencia de esta complicación pero continúa siendo un aspecto controvertido para los cirujanos bariátricos. El objetivo de este vídeo es demostrar la existencia de una hernia interna, su reducción y el cierre de los defectos mesentéricos creados tras la realización de un bypass gástrico en Y de Roux.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 27 años intervenida por obesidad mórbida sin otras comorbilidades (IMC: 50) en nuestro centro realizándose bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico en Marzo de 2014 con excelentes resultados ponderales (%EPP a los 18 meses: 96%). En septiembre de 2015 presenta episodio de dolor abdominal postprandial intenso que requiere atención en Urgencias en nuestro centro realizándose TC abdominal y control analítico sin hallazgos patológicos. Tras este episodio se decide realizar laparoscopia exploradora programada que demuestra herniación de asas de intestino delgado a través del defecto mesentérico del pie de asa sin signos de complicación. Se procede a su reducción y cierre del defecto descrito y del espacio de Petersen. Tras la intervención quirúrgica la paciente evoluciona satisfactoriamente siendo dada de alta a las 48 horas y manteniéndose asintomática hasta el momento actual.

RESULTADOS

En este vídeo presentamos la realización de una laparoscopia exploradora identificando las tres asas (alimentaria, biliar y común) creadas tras la realización de un bypass gástrico en Y de Roux, así como la reducción de las asas herniadas en el defecto mesentérico y su cierre mediante sutura continua. Así mismo mostramos la exploración del espacio de Petersen y su cierre preventivo.

CONCLUSIONES

La hernia interna es una complicación descrita tras la realización de técnicas bariátricas derivativas que debe ser sospechada sobre todo cuando se ha producido una pérdida ponderal adecuada y el paciente presenta síntomas compatibles. El cierre sistemático de los defectos mesentéricos no ha demostrado la completa resolución de esta complicación.

V-021

REDUCCIÓN ENDOSCÓPICA DE LA ANASTOMOSIS GASTRO-YEYUNAL

A.F. Fernández (1), M. Galvao (2), C. Ballesta (1)

(1) Centro Laparoscópico Dr. Ballesta, Barcelona; (2) Gastro Obeso Center, Sao Paulo

OBJETIVOS

El tratamiento de la reganancia de peso es uno de los retos actuales de la cirugía bariátrica. El objetivo de este vídeo es mostrar una de las alternativas para evitar la reganancia ponderal en los pacientes con Bypass gástrico, atribuible a cambios anatómicos del reservorio gástrico, es este caso por agrandamiento de la “boca anastomótica” es decir de la gastro-yeyunostomía, mostrando una de las alternativas endoscópicas aplicada con este propósito.

MÉTODOS

El 26/03/2013 se realizó una Reducción Endoscópica de la Gastroyeyunostomía (G-Y), utilizando por primera en nuestro centro un suturado endoscópico Over Stitch Endoscopic Suturing System, de la empresa Apollo Endosurgery, aplicado en una paciente mujer de 42 años de edad con DMT2, intervenida de Bypass gástrico laparoscópico el 16/04/2002, por obesidad mórbida. Peso 125 kg, IMC 48,8 kg/m², alcanzando su mayor pérdida de peso al año de 26 kg, con un relapso ponderal peso 9 kg y reaparición de cifras altas de glucemia. La causa atribuible a la reganancia en la evaluación endoscópica, fue la dilatación de la G-Y a 22 mm.

RESULTADOS

El procedimiento fue realizado por nuestro grupo, con el apoyo de un experto, se efectuó bajo anestesia general en quirófano, consiguiéndose la reducción de la anastomosis dilatada, aplicando dos suturas endoscópicas y una tercera para reducir el tamaño del reservorio. El tiempo quirúrgico fue de 90 minutos, no existieron complicaciones. La paciente inició la vía oral a las 8 horas con líquidos y fue dada de alta hospitalaria a las 24 horas. La pérdida de peso alcanzada al mes fue de 4 Kg, lográndose nuevamente el control glucémico sin medicación.

CONCLUSIONES

La reducción endoscópica de la anastomosis G-Y, podría ser un método útil en el control de los pacientes con tendencia a la reganancia de peso y debería aplicarse antes que esta fuera notable, pero hasta la fecha su capacidad para lograr unos resultados óptimos es limitada, por lo que su uso extensivo dependerá de la mejoría del dispositivo, mayor experiencia y reducción de los costos del material.

V-022

CONVERSIÓN DE UNA TÉCNICA DE SALMON ABIERTA A UN BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

C. Rihuete Caro, D. Acín-Gandara, M. Medina García, S. Alonso Gómez, A. Antequera Pérez, M. Hernández García, B. Martínez Torres, J.M. Rodríguez Vitoria, M. Itrube González, F. Pereira Pérez

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada

OBJETIVOS

Presentar el caso de una conversión de Técnica de Salmon abierta a Bypass Gástrico laparoscópico por disfagia y reflujo gastroesofágico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 42 años intervenido de cirugía bariátrica con IMC 43 según técnica de Salmon que consulta por disfagia importante a sólidos, pirosis, ardor retroesternal y regurgitaciones frecuentes, con IMC 33. Se realiza dentro del estudio diagnóstico: Gastroscopia: Hernia de hiato. Tubulización de cámara gástrica sin dificultad para el paso del endoscopio tanto al antro y duodeno como al asa de intestinal delgado de la derivación. Biopsia para *Helicobacter pylori* negativa. Tránsito esofagogastroduodenal: buen paso de contraste distal en unión esofagogástrica sin estenosis. Manometría esofágica: esfínter esofágico inferior hipotenso y trastorno motor del cuerpo esofágico compatible con peristalsis ineficaz con sólo un 40% de las ondas de amplitud y duración normal. PHmetría esofágica: reflujo gastroesofágico severo con un DeMeester de 88.5 y una fracción de tiempo con pH inferior a 4 del 18,7%. Numerosos episodios de reflujo tanto en bipedestación como es supino que coinciden con los episodios sintomáticos, el ardor de 129 minutos.

RESULTADOS

El paciente, con los resultados de las pruebas, fue valorado en el comité de Cirugía Endocrino-Metabólica decidiendo revisar en quirófano la técnica, pudiendo convertirla a un posible Bypass Gástrico. La intervención quirúrgica se llevó a cabo por vía laparoscópica. Inicialmente fue preciso hacer una adhesiolisis extensa de todo el compartimento supramesocólico. A continuación, disección del hiato esofágico con descenso parcial del estómago para reducir la hernia de hiato y posterior hiatorrafia. Tras ello, se liberó el asa de intestino delgado de la derivación supra e inframesocólica y se realizó el reservorio gástrico del bypass grapando cranealmente a la anilla gástrica y medialmente a la gastroplastia vertical. La anastomosis entre el reservorio gástrico y el asa de ID se realiza se forma mecánica, lineal y antecólica, con comprobación posterior con azul de metileno. El posoperatorio transcurrió sin incidencias. Como complicación precoz al mes de la cirugía tuvo una estenosis de la anastomosis gastroyeyunal que precisó de dos dilataciones endoscópicas para su resolución. Al año de la cirugía, el paciente está asintomático, sin disfagia, con un MIC de 29.

CONCLUSIONES

Las cirugías de revisión siempre son un reto para el cirujano por ser cirugías más complejas. En este caso además estaba hecha vía abierta y se pretendía realizar un abordaje laparoscópico. La laparoscopia es una ventaja para la recuperación postoperatoria por lo que no hay que desestimarla en pacientes intervenidos inicialmente vía abierta. Como complicación el paciente presentó una estenosis de la anastomosis gastroyeyunal que se resolvió de forma conservadora con dilataciones endoscópicas, punto a tener en cuenta en las cirugías de revisión puesto que usar los calibres habituales sobre tejidos fibrosos puede dar este tipo de complicaciones. Al año asintomático desde el punto de vista digestivo con IMC 29.

V-023

CPRE TRANSGÁSTRICO TRAS BY-PASS GÁSTRICO VÍA LAPAROSCÓPICA

M. Guerra, G. Errazti, P. Mitsuft, I. Rodeño, Y. Kataryniuk, M.V. Fernández Illera, L. Reka, L. Fernández Cepedal, J. Roldán, A. Colina

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica, cada vez más común y más practicada, con el procedimiento By-pass gástrico en Y de Roux (BGYR) como principal referente, plantea un problema de manejo de la vía biliar y la coledocolitiasis debido a la dificultad de acceder al duodeno.

OBJETIVOS

Se realiza esta técnica quirúrgica para comprobar su efectividad y reproductibilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 58 años intervenida de By-pass gástrico en el año 2006 y varón de 69 años intervenido de By-pass monoanastomótico en el año 2003. Ambos presentan clínica de dolor abdominal en hipocondrio derecho, analítica de colostasis y pruebas complementarias concluyentes de coledocolitiasis. En estos pacientes se decidió realizar CPRE (Colangiopancreatografía retrograda endoscópica) con acceso mediante gastrostomía asistida por laparoscópica. Se utilizaron tres trócares para la intervención (2x5 mm, 1 x 15 mm). Se explora la cavidad abdominal y se realiza adhesiolisis inicial. Se identifica el remanente gástrico y se realiza orificio para la introducción del endoscopio. A través del píloro y duodeno se avanza hasta la papila mayor, realizando esfinterotomía endoscópica, extracción de cálculos y lavado. Posteriormente se realiza colangiografía para la comprobación de la efectividad de la técnica. Tras esto se extrae el endoscopio y se cierra el orificio gástrico con Endostich.

RESULTADOS

La técnica fue efectiva y finalizada con éxito en la primera paciente. No obstante esto no se pudo realizar en el segundo paciente por dificultades en la canalización de la papila.

CONCLUSIONES

El acceso transgástrico para la realización de CPRE en el manejo de la coledocolitiasis en pacientes intervenidos previamente de By-Pass, es una técnica segura y reproducible.

V-024

BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA Y FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN PREVIA

J. González González, C. Ferrigni González, A. García Muñoz-Najar, J. Ruiz-Tovar Polo, D. Alias Jiménez, M.B. Fernández-Barbeito, B. Manso Abajo, G. Díaz García, M. Duran Poveda, C. Nevado García

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles

INTRODUCCIÓN

El bypass gástrico en Y de Roux es la técnica de elección en el paciente con obesidad mórbida y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). En ocasiones se debe realizar en pacientes obesos con una funduplicatura previa que ha fallado como técnica antirreflujo o para tratar la obesidad mórbida. Es necesario restaurar la anatomía gástrica previa a la realización del reservorio gástrico para no grapar sobre la valva gástrica y crear un reservorio tabicado. El objetivo de este vídeo es demostrar los aspectos técnicos de esta intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos una paciente de 30 años con obesidad mórbida (IMC: 43) sin otras comorbilidades que fue intervenida por ERGE hace 8 años realizándose una funduplicatura de Nissen que ha controlado su enfermedad. Tras estudio preoperatorio se propone para bypass gástrico en Y de Roux para tratamiento de su obesidad mórbida.

RESULTADOS

En este vídeo presentamos paso a paso la restauración de la anatomía previa tras una funduplicatura de Nissen y la realización de un bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico.

CONCLUSIONES

El bypass gástrico en Y de Roux en pacientes obesos mórbidos con una funduplicatura de Nissen previa es una técnica compleja que en manos de cirujanos expertos es factible realizar mediante laparoscopia con el beneficio asociado que aporta este tipo de abordaje.

V-025

GRAPADO DE SONDA EN LA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

N. Climent Climent (1), R. Bou Pérez (1), C. Serra Díaz (1), A. Baltasar Torrejón (2), M. Ortín (1), A. Ros (1), A. Flórez (1), D. Gerona (1)

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

INTRODUCCIÓN

La Gastrectomía Vertical laparoscópica se ha convertido en la cirugía más popular de las que se realizan actualmente en cirugía bariátrica. Para la calibración de la misma se utiliza una sonda de distinto calibre según los diferentes grupos. El grapado de la sonda es una complicación grave y evitable, pero en el caso de que ocurra debe ser corregida.

OBJETIVO

Presentamos a continuación un video en el que mostramos cómo solucionamos el grapado de la sonda tutora.

MATERIAL

Mujer de 35 años de edad con IMC de 46, se realiza una GVL y durante la intervención se produce el lateral de la sonda en la unión del 1/3 medio con el 1/3 superior. El anestesista logra extraer la sonda por simple tracción y se sutura el defecto con puntos entrecortados de seda. A continuación realizamos la gastrectomía según la técnica habitual, incluyendo en el grapado el defecto suturado.

RESULTADOS

El control radiológico con gastrografin el 2º DPO, muestra buen paso de contraste a duodeno, sin fugas ni estenosis. La paciente es dada de alta el 4º día tolerando dieta líquida y sin complicaciones.

CONCLUSIONES

El grapado de la sonda es una complicación con muy pocas referencias en la literatura internacional, nosotros tenemos una incidencia de 0,23% (3 casos de 1284 pacientes intervenidos). Es un accidente que debe evitarse a toda costa, por ello es muy importante la colaboración entre el cirujano y el anesesiólogo, ambos deben estar coordinados para identificar y mover la sonda cuantas veces haga falta, para asegurarse de que la sonda no ha sido pellizcada por la grapadora. Cuando ello sucede, el regrapado del defecto puede ser la mejor solución.

V-026

AUMENTO DE LA EXPOSICIÓN MEDIANTE UN NUEVO DISPOSITIVO EN EL SLEEVE GÁSTRICO

A.M. Otero Piñeiro, R. Corcelles, G. Díaz Del Gobbo, M. Fernández, A. De Lacy

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVOS

La exposición y la tracción son esenciales para identificar el plano correcto de la disección para cada procedimiento quirúrgico. El campo quirúrgico se reduce en pacientes con obesidad mórbida. Lesiones inesperadas pueden ocurrir debido a la tracción del epiplón mayor durante un Sleeve gástrico. El objetivo de este video es mostrar un nuevo dispositivo que proporciona tracción, exposición y calibra la resección gástrica durante dicha cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 64 años de edad con antecedentes de obesidad mórbida, IMC de 50 kg / m² (peso 139 Kg) y SAOS que es sometido a un Sleeve gástrico mediante vía laparoscópica. El dispositivo consiste en una sonda de 32Fr que se coloca durante la intervención vía oral con su parte distal en el píloro. El dispositivo va equipado con una luz que guía la disección quirúrgica. El anestesiólogo lo desdobra y lo adapta a la curvatura mayor, quedando fija en el píloro. Por medio de esta estrategia, el estómago se eleva y se separa del plano retroperitoneal. La disección se hace más fácil liberando la curvatura mayor y la pared posterior del estómago al mismo tiempo, logrando así la confección de un Sleeve gástrico con más seguridad. El tubo iluminado se utiliza para delimitar la distancia al píloro y el calibre de la gastrectomía. El cirujano debe evitar la colocación de la sutura mecánica demasiado cerca del dispositivo, para prevenir la tensión y el sangrado de la línea de grapado.

RESULTADOS

No hubo complicaciones y el paciente fue dado de alta del hospital dos días después de la cirugía.

CONCLUSIÓN

El empleo de este nuevo dispositivo en el Sleeve gástrico es útil y seguro, proporcionando una mejoría en la tracción, exposición y el calibrado de la resección gástrica durante dicha cirugía.

V-027

FRACASO DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE POR HERNIA DE HIATO. REDO A BYPASS GÁSTRICO

C. Mailló, R. Abreu, M.D.J. Oliveira, C. Martins Soares, A. Joaquim

Hospital Dos Lusíadas Lisboa, Lisboa

OBJETIVO

La banda gástrica ajustable fue la técnica laparoscópica más usada en Portugal durante los años 90 y principio de los 2000. A pesar de la amplia experiencia en su uso están descritos muchos fracasos tanto por reganancia de peso como por complicaciones mayores a largo plazo, con una tasa de retirada de banda que llega hasta el 50%.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 49 años con antecedentes de enfermedad de Crohn de colon controlada médicamente, apendicectomía, cesárea, hernia discal e HTA. Hace 12 años fue operada por obesidad mórbida siendo colocada una banda gástrica ajustable y realizando cierre de los pilares. Perdió 40 kilos con buen control del peso en los 5 años siguientes. Operada a abdominoplastia. Posteriormente comenzó a ganar peso y presentó reflujo gastro-esofágico tratado médicamente. La endoscopia confirma deformación por la banda y hernia de hiato.

RESULTADOS

Fue operada por abordaje laparoscópico para retirada de banda y realización de bypass. Durante la cirugía se muestra la gran dificultad en la disección de la hernia por una gran fibrosis por el cierre previo de los pilares y la presencia de la hernia de hiato. Una vez disecado el esófago inferior y el estómago se realiza un cierre de pilares y un bypass gástrico con un reservorio un poco más largo de lo habitual para evitar la zona de mayor fibrosis.

CONCLUSIONES

Las complicaciones mayores a largo plazo de la banda gástrica obligan a su retirada y a la realización de otra técnica bariátrica con más riesgo de complicaciones que si hubieran sido hechas como primera técnica. El cierre de los pilares simultáneamente a la colocación de la banda, no sólo no evita la aparición posterior de una hernia de hiato, como aumenta la fibrosis y dificulta la disección cuando se realiza el redo.

V-028

DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA CON CRUCE DUODENAL LAPAROSCÓPICO TIPS Y CONSIDERACIONES TÉCNICAS

R. Díaz Del Gobbo, D. Momblán, G. Díaz Del Gobbo, R. Corcelles, A. Ibarzábal, M. Fernandez, A. Lacy

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVO

Ilustrar los pasos esenciales y maniobras de seguridad para la realización de un procedimiento bariátrico potencialmente complejo por abordaje mínimamente invasivo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente obeso mórbido de 40 años con IMC 51kg/m², hipertenso, diabético II ADOS, SAOS, operado de gastrectomía tubular, en el seguimiento presenta inadecuada pérdida de peso inicialmente 130kg a 93kg pérdida de exceso de peso < 50%, a los dos años y persistencia de comorbilidades. Hernia de hiato y osteoporosis fueron descartadas, paciente con buena adherencia a los controles y cumplidor de las indicaciones dietéticas, se decide realizar un cruce duodenal con derivación biliopancreática.

RESULTADOS

Hallazgos de adherencias por la cirugía previa, se liberan con tijera y posteriormente, se utiliza una sonda nasogástrica para orientar correctamente el tubo gástrico. El asistente del cirujano separa el hígado, y se procede a realizar un túnel retroduodenal a nivel postpilórico, mediante el uso de el Goldfinger, pasando detrás del duodeno, creando una vía para introducir la sutura mecánica realizando sección a nivel postpilórico. El muñón duodenal se moviliza para facilitar la anastomosis duodeno-yeyunal. El anestesiólogo introduce una sonda nasogástrica que contiene el anvil para realizar la anastomosis duodeno-yeyunal. Se realiza apertura del epiplón para facilitar el ascenso del asa alimentaria. El cirujano principal y el que lleva la cámara cambian a la izquierda del paciente y el asistente entre las piernas. Se identifica el íleon terminal y utilizando una cinta de 50 cm, se miden 100 cm desde la válvula ileocecal en sentido proximal, realizamos un punto simple a este nivel. Referencia para crear la anastomosis yeyuno-yeyunal. Se coloca un clip distal al nudo que ayudará a mantener la orientación durante la creación de la anastomosis. Se continúa midiendo 150 cm hacia el ángulo de Treitz. En esta fase hay que realizar las maniobras de una manera sistemática para evitar confusiones con el intestino. Se realiza sección intestinal con una carga de sutura mecánica, La parte situada a la derecha de la pantalla se convertiría en el asa alimentaria y la otra sería el asa biliopancreática. Se realiza una enterotomía en el asas biliopancreática, con una carga de sutura mecánica de 45 mm se crea la anastomosis Yeyuno-yeyunal en el punto marcado anteriormente, cerrando la enterotomía con una sutura continua de Vicryl 3.0, la anastomosis alimentaria es el siguiente paso. Se introduce la grapadora circular ampliando la incisión del trocar en el flanco derecho. Una maniobra exigente debe existir coordinación y trabajar sincronizados evitando agrandar la enterotomía por tracción excesiva, se realiza la anastomosis circular mecánica latero-terminal. Es importante guiar la orientación mediante la realización de la tracción del estómago o del intestino delgado cuando se requiera. El intestino del asa alimentaria se cierra mediante el uso de una sutura mecánica. Se realizan puntos simples para mantener la orientación de la anastomosis y se deja un drenaje en el lecho quirúrgico.

CONCLUSIÓN

El cruce duodenal con derivación biliopancreática es una técnica exigente, se debe realizar de forma sistemática y estandarizada, evitando complicaciones.

V-029

CIRUGÍA DE CONVERSIÓN DE UNA DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA TIPO SCOPINARO POR DETERIORO DE CALIDAD DE VIDA

J. Trébol López (1), F. Ozalla Romero Del Castillo (2), R. Sánchez Jiménez (2), C.A. Blanco Álvarez (2), C.M. Francos Von Hünefeld (2)

(1) Hospital Universitario La Paz, Madrid; (2) Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico y vídeo de cirugía de revisión de un Scopinaro por deterioro de calidad de vida por diarrea incoercible en el que se realizó un aumento del canal común a expensas del biliopancreático con gran éxito terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 65 años entre cuyos antecedentes destaca diabetes tipo II insulino-dependiente con complicaciones macro y microangiopáticas. Se le realizó un Scopinaro sin resección gástrica (asa común 100 cm y alimentaria 250 cm) hace 19 meses, IMC de partida 44 y actual 25.99 con resolución de hipertensión arterial. Remitido a consulta por "diarrea" que comienza tres meses tras la cirugía. Refiere 5-6 deposiciones nocturnas con gran tenesmo e incontinencia (tiene que usar pañal y apenas consigue dormir más de 3-4 horas) y por el día otras 6-9 explosivas tras las comidas, siempre esteatorreicas. Tratado por Digestivo con antidiarreicos, resincolestiramina y kreon sin éxito.

ESTUDIO

Análítica sin hipoproteinemia y malabsorción casi completa de hidratos de carbono y grasas en heces. Endoscopia alta sin complicaciones de su cirugía. Esofagogastroduodenal normal con gastrectomía parcial y anastomosis gastroyeyunal normal. Tránsito intestinal con tránsito muy acelerado (alcanza ciego en 60 minutos). Se ajusta tratamiento nutricional y farmacológico sin respuesta en 2 meses y aparecen situaciones de riesgo vital por somnolencia diurna (sin apnea del sueño concomitante) por lo que se decide cirugía de revisión.

RESULTADOS

Abordaje laparoscópico con 4 trócares. Hallazgos: gastrectomía parcial y gastroenterostomía sin complicaciones; asa común de 75 cm, alimentaria de 140 cm y biliopancreática de 200 cm. Se decide alargar el canal común a expensas del biliopancreático ascendiendo 100 cm el pie de asa con anastomosis latero-lateral mecánica tal y como se muestra en el vídeo y la figura. Ingreso de 5 días con tolerancia desde el segundo y alta con 3 deposiciones diarias y 1 nocturna con menor incontinencia. A las dos semanas 2-3 deposiciones en todo el día semiblandas sin escapes, olor ni tenesmo; no usa pañal. A los dos meses máximo 2 deposiciones al día, semisólidas sin olor y lleva vida normal con reintegración laboral. Desde los 3 meses heces normales y a los 6 vida normal sin ganancia de peso.

CONCLUSIONES

La cirugía de revisión debe reservarse a centros con experiencia. En las derivaciones biliopancreáticas de Scopinaro, la cirugía de revisión (6-18%) se indica principalmente por desnutrición calórico-proteica siendo excepcional hacerla por mal resultado ponderal y poco conocida su frecuencia por deterioro de calidad de vida. A la hora de indicarla debe considerarse que la absorción de proteínas, hidratos de carbono y alcohol se hace por todo el tracto alimentario (digestiva+común), que el colon puede adaptarse a absorber proteínas y que las grasas y sales biliares (a las que se atribuye mayormente la diarrea) se absorben solo en el canal común. Por ello para tratar la diarrea debe alargarse éste a expensas del biliopancreático para no alterar la absorción de hidratos y proteínas. Nuestro paciente presentó muy buena evolución con una respuesta mucho más precoz de lo que esperábamos.

V-030

SILENT KILLER

J. Tarascó Palomares, P. Moreno Santabarbara, J. Navinés López, A. Caballero Boza

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

INTRODUCCIÓN

La oclusión intestinal por hernia interna después de cirugía de obesidad es una complicación relativamente común y potencialmente grave. El cierre de los defectos mesentéricos puede disminuir su incidencia según muchos estudios pero sigue habiendo cierta controversia al respecto. En lo que existe unanimidad es en la necesidad de un diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz para disminuir la magnitud del problema. Presentamos un caso reciente en el que la adecuada actuación permitió una rápida y satisfactoria resolución de cuadro clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 50a. con antecedentes de bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux realizado en otro centro en 2013. Acudió a Urgencias por dolor abdominal agudo muy intenso localizado a nivel de hipocondrio izquierdo de menos de 4 horas de evolución. A la palpación presentaba dolor en epigastrio/hipocondrio izquierdo sin defensa ni peritonismo generalizado. Se le realizó inicialmente una analítica que fue normal y una radiografía que mostraba una leve neumatización de asas de delgado a nivel de hipocondrio izquierdo. Dada la disociación clínico–radiológica, se decidió solicitar una TAC abdominal por alta sospecha de hernia interna. La tomografía no fue totalmente concluyente, a pesar de lo cual se decidió realizar una laparoscopia exploradora.

RESULTADOS

Se realizó revisión laparoscópica urgente utilizando cuatro trócares. Se objetivó asa alimentaria dilatada y existencia de abundantes adherencias. Se inspeccionó primero el espacio de Petersen sin hallar hernias internas, revisando posteriormente el pie de asa donde se observó un asa encarcelada. Se realizó ampliación del defecto mesentérico para liberar el paquete intestinal implicado el cual presentaba algunos signos de sufrimiento que mejoraron tras la reducción. Se cerró el defecto con sutura continua irreabsorbible de 2/0. El tiempo quirúrgico fue de 60 minutos. Buena evolución postoperatoria, sin complicaciones pudiendo ser dado de alta hospitalaria a las 32 hrs de la intervención.

CONCLUSIÓN

La hernia interna es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en el postoperatorio tardío de la cirugía de obesidad. Las consecuencias de este proceso varían radicalmente según la rapidez en su tratamiento que depende, a su vez, de un diagnóstico precoz. En el caso presentado, la sospecha clínica y la revisión quirúrgica temprana fueron decisivas en la satisfactoria evolución, a pesar de unas exploraciones complementarias no concluyentes. Dada la progresiva generalización de la cirugía bariátrica y metabólica en nuestro medio, pensamos que cualquier cirujano de urgencias de cualquier centro hospitalario (donde se realice o no este tipo de cirugía), debería conocer sus posibles complicaciones y la importancia de una adecuada valoración. Tomar decisiones basándose única o principalmente en las exploraciones complementarias puede tener consecuencias de gravedad extrema.

V-031

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LA CONVERSIÓN DE SINGLE ANASTOMOSIS DUODENO-ILEAL BYPASS WITH SLEEVE GASTRECTOMY (SADI-S) A DUODENO-YEYUNOSTOMÍA PROXIMAL LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE MALABSORCIÓN SEVERA

M. Hidalgo Pujol, R. Vilallonga, O. González, J.M. Balibrea, E. Caubet, A. Curell, M. Kraft, J.M. Fort, Andrea Ciudin, M. Armengol

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

OBJETIVOS

La base conceptual del *Single anastomosis duodeno-ileal bypass with sleeve gastrectomy* (SADI-S) proviene de la derivación biliopancreática, en un intento de simplificar la dificultad técnica de las cirugías malabsorptivas conocidas. Dicha técnica, tanto en un tiempo como en dos tiempos, se está implementando con buenos resultados en pacientes superobesos, sin embargo no exenta de complicaciones. Presentamos el caso de una paciente superobesa intervenida de Gastrectomía Vertical, requiriendo la realización de un segundo tiempo SADI-S a los dos años de la primera cirugía por pérdida inadecuada de peso. Como complicaciones postquirúrgicas padeció Síndrome de malnutrición severa, entre otras, requiriendo múltiples ingresos hospitalarios, motivo por el cual se decidió la proximalización del asa alimentaria. Así pues, nuestro objetivo es describir los aspectos técnicos de una de las opciones quirúrgicas de conversión del SADI-S mediante la confección de una duodenoyeyunostomía proximal.

MÉTODO

Se inició la intervención con insuflación de CO₂ con aguja de Veress y colocación de óptica de 30° a través de tórcar de 10 mm. Posteriormente bajo visión directa se colocaron el resto de los trócares: dos de 12 mm y 2 de 11 mm. A continuación el primer paso a realizar fue la identificación de las estructuras previas; la GV y la anastomosis duodeno-ileal, procediéndose a su disección. Posteriormente se procedió a la transección horizontal de la anastomosis duodeno-ileal. Una vez liberada la anastomosis, se diseccionó el duodeno para poder realizar la duodeno- yeyunostomía proximal a unos 50 cm del ángulo de Treitz. La anastomosis se realizó manualmente, en cuatro planos, de manera tutorizada. Es fundamental previamente contar las longitudes del asa eferente ileal, para poder determinar eventualmente aspectos técnicos que hayan influido en la malabsorción y consecuente malnutrición. Finalmente se comprobó con azul de metileno la estanqueidad y ausencia de fugas de la anastomosis reservorio- yeyunal, dejando un drenaje Blake aspirativo perianastomótico.

RESULTADO

En el postoperatorio la paciente no sufrió ninguna complicación, tolerando dieta adecuadamente, con tránsito esofagogastroduodenal sin evidencia de fugas al tercer día postoperatorio, siendo alta a domicilio con posterior control en consultas externas. En la actualidad presenta un buen estado general con reganancia de peso y normalización de los parámetros analíticos.

CONCLUSIONES

Se presentan los aspectos técnicos de la conversión de SADI-S a duodeno-yeyunostomía proximal por vía laparoscópica por síndrome malabsorptivo severo, siendo esta técnica factible y con unos buenos resultados en cuanto a recuperación del estado nutricional, sin haber presentado complicaciones a corto ni medio plazo.

V-032

(VIDEO) ESTRUCTUROPLASTIA DEL CUERPO GÁSTRICO, MÁS GASTROPEXIA TIPO HILL Y CIERRE DE PILARES, PARA EL TRATAMIENTO DE UNA OBSTRUCCIÓN GÁSTRICA FUNCIONAL POR TORSIÓN TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL

J.V. Ferrer Valls , A. Sanahuja Santafé , J.E. Pérez Folqués , N. Saiz Sapena , S. Martin Polo

Clinica Obésitas, Valencia, dr.ferrer@obesitas.es. www.clinicasobesitas.com

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 22 años, intervenida en nov de 2013 por obesidad mórbida (IMC 41) y sin comorbilidades asociadas, de gastrectomía vertical por laparoscopia mini-invasiva (puerto único asistido), sin complicaciones postoperatorias. Desde la 4ª semana de la intervención, destaca una excesiva restricción gástrica. Con el paso de los meses, la paciente describe una sensación de vaciamiento gástrico lento y en dos fases. Se realiza TEG, detectando un estómago bicameral con un estrechamiento en su parte media (imagen en reloj de arena). Posteriormente desarrolla RGE y vómitos ocasionales, de difícil control con IBP. Se realiza estudio de gastroscopia con mínima hernia de hiato, y estrechez funcional del cuerpo que se sobrepasa con el endoscopio sin dificultad, pero que se vuelve a estrechar con la retirada del endoscopia. Curiosamente, la Ph-metría es normal, probablemente por la escasa ingesta de esas horas que llevo el transductor en el esófago. Con un IMC de 22,3 y por tratarse de una mujer joven con posibles embarazos futuros, se decide revisión quirúrgica, evitando inicialmente una derivación gástrica tipo bypass en Y de Roux.

INTERVENCIÓN QUIRURGICA

Hallazgos: Se encuentra un cuerpo gástrico aparentemente rotado en sus capas internas, con una dificultad de paso a la sonda de 32 FR junto al inicio del antro. Se consigue pasar dicha sonda, después de disecar adherencias de la cara inferior gástrica y de retirar parte de los puntos de sutura de invaginación de la línea de grapas. Hiato algo abierto con mínima hernia deslizante. Se realiza: Estructuroplastia del cuerpo gástrico, mediante apertura longitudinal del todo el espesor de la pared gástrica, y cierre transversal sobre sonda de 32 FR, a puntos sueltos de poliglicólico 3/0. Test de estanquidad con azul de metileno negativo. Disección completa del hiato, cierre de pilares con 3 puntos de Ethibón /0. Fijación del cardias a la fascia preaórtica según técnica de Hill. Fijación del antro al epliplón.

EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA

Alta a las 48 horas con buena tolerancia oral y sin complicaciones.

RESOLUCIÓN FINAL

Actualmente sin RGE, t con buen tránsito gástrico y confort en el proceso digestivo, y ganancia ponderal de 4-5 kg.

CONCLUSIONES

La estructuroplastia clásica es una opción quirúrgica segura, para el tratamiento de la estenosis funcional u orgánica del estómago, tras gastrectomía vertical. La hernioplastia tipo Hill, es un método seguro para afianzar un cierre de pilares y prevenir posibles migraciones transhiatales del estómago.

V-033

ACHALASIA ESOFÁGICA Y OBESIDAD MÓRBIDA. TRATAMIENTO EN UN TIEMPO MEDIANTE CARDIOMIOTOMÍA EXTRAMUCOSA Y BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICOS

M.Á. Bielsa Rodrigo (1), M.J. Palacios Fanlo (1), A. Navarro Gonzalo (1), J.M. Candéal (1), E. Redondo (1), A. Gonzalo (1), B. Calvo (1), B. Martínez (1), P. Royo (1), M. Martínez Díez (2)

(1) *Lozano Blesa, Zaragoza;* (2) *Facultad Medicina, Zaragoza*

OBJETIVOS

La asociación de achalasia esofágica y obesidad mórbida es una situación rara y aparentemente contradictoria. Existen muy pocos casos publicados en la literatura y las opciones terapéuticas deben ser consideradas con cautela pues lo que puede solucionar una de ellas puede suponer un mal resultado de la otra. Nuestro objetivo es presentar la técnica quirúrgica realizada en un nuevo caso de esta asociación y los resultados obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 50 años con 108 kg. de peso y un IMC de 44,7 Kg/m². Diabetes mellitus tipo 2 de 8 años de evolución en tratamiento con ADOS + insulina y c-peptido superior a 1. Diagnóstico de achalasia hace 15 años tratada con dilatación endoscópica y recidiva sintomática. De acuerdo con su Endocrinóloga y Digestólogo se le propone cardiomiotomía extramucosa y bypass gástrico laparoscópicos que la paciente acepta. Es intervenida el 8-6-2015 en posición francesa utilizando dos trócares de 12 mm, uno de 11 mm y dos de 5 mm. En el vídeo se describen todos los pasos de la técnica utilizada: Cardiomiotomía extramucosa hasta la vertiente gástrica, endoscopia intraoperatoria y bypass gástrico con asa BP de 1 m y alimentaria excluida de 2,5 m. en situación antecólica. Anastomosis gastroyeyunal lineal y cierre del ojal mesentérico.

RESULTADOS

TQ:160 min. Postoperatorio normal con control radiológico sin alteraciones y buena tolerancia oral sin disfagia. Alta al 4º día postoperatorio. A las cinco semanas no hay RGE clínico ni disfagia y la paciente ya no se administra insulina y precisa solo de 500 mg. de metformina diarios. Peso 93,300 Kg. Última revisión, hasta la fecha, a los 7 meses de la intervención con una pérdida ponderal de 25,5Kg, IMC 33,9Kg/m². Hb glicada de 6% con 500 mg de metformina diarios. No disfagia ni RGE clínico. Control radiológico con discreto megaesófago, buena evacuación distal y sin RGE.

CONCLUSIONES

La realización de una cardiomiotomía extramucosa y bypass gástrico laparoscópicos en el mismo acto quirúrgico, puede considerarse la mejor opción terapéutica en esta inusual asociación. La primera resuelve la disfagia y el bypass supone un buen mecanismo antirreflujo y controla el aumento ponderal que suelen presentar estos pacientes tras la miotomía. Además, la asociación de DM2 en este caso, hacía considerar el bypass gástrico como la técnica bariátrica de elección.

V-034

EXTRACCIÓN DE BANDA GÁSTRICA MIGRADA CON ABORDAJE ENDOGÁSTRICO Y ASISTENCIA ENDOSCÓPICA

M. Jiménez Toscano, R. Corcelles, A. Ibarzábal, R. Bravo Infante, A. Otero Piñeiro, G. Díaz Del Gobbo, S. Delgado, A. Lacy Fortuny

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La banda gástrica fue introducida como técnica restrictiva para el tratamiento de la cirugía bariátrica, siendo actualmente un tratamiento aceptado en muchos centros. Sin embargo, las complicaciones que puede asociar, entre un 0-68% según las series, y sus resultados a largo plazo, con alto porcentaje de regancia de peso, limitan su uso, no siendo utilizada en nuestro centro actualmente.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el siguiente video presentamos a una mujer de 38 años, con historia de obesidad grado III, intervenida años antes de forma laparoscópica con colocación de banda gástrica de dexon. La paciente, que ha presentado una pérdida moderada de peso, consulta en urgencias por epigastralgia y vómitos de repetición, objetivándose en las pruebas complementarias, una inclusión en la pared del estómago de la banda gástrica de dexon previamente colocada. Se decide cirugía realizando un abordaje laparoscópico con tres trocars. A pesar de la afectación de la pared gástrica, no se objetiva la presencia de la banda aunque se intuye su localización, por lo que se realiza una endoscopia que confirma su completa migración exteriorizándose en la cavidad gástrica. La fuerza tractora del material endoscópico es insuficiente para extraer dichos materiales por lo que se introdujo un trocar de 12mm a través de la cara anterior gástrica para facilitar su sección y extracción bajo control visual endoscópico. Posteriormente, la gastrotomía fue cerrada con puntos de vicryl 2/0.

CONCLUSIONES

La incorporación de las bandas gástricas de dexon en la pared del estómago es una complicación descrita en la literatura que se puede dar hasta en un 11%, generalmente 1-2 años tras su colocación. Su resolución quirúrgica no es sencilla, precisando, como en este caso, un trabajo coordinado entre endoscopistas y cirujanos. Además nos obliga a discutir una cirugía de rescate en un segundo tiempo dado su fracaso en la pérdida adecuada de peso en un gran número de pacientes.



V-035

LAPAROSCOPIC GASTRIC BYPASS WITH AN UNEXPECTED INTESTINAL MALROTATION

Â. Vida Laranjeira, S. Silva, M. Amaro, M. Carvalho, J. Caravana

Hospital Espirito Santo de Evora, Évora

Introducción

Existen a penas algunos casos relatados de bypass gástrico en enfermos con malrotación intestinal. La malrotación intestinal es rara y puede no dar síntomas hasta la edad adulta. Si no se identifica la transición duodeno-yeyunal existe el riesgo de crear una anastomosis antiperistáltica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los autores presentan un caso clínico de bypass gástrico en Y de Roux en el cual el enfermo presentaba una malrotación intestinal congénita. Se trataba de una mujer de 45 años de edad con obesidad de largos años de evolución (IMC de 40 IMC 40 Kg/m²). Tras evaluación multidisciplinar le fue propuesto bypass gástrico en Y de Roux. En estos enfermos no se realizan por rutina exámenes abdominales con excepción de ecografía abdominal por lo que no existe una evaluación segura de los vasos mesentéricos y de las posibles alteraciones en la rotación intestinal. Por esta razón, el diagnóstico se hizo en el periodo intra-operatorio. En la cirugía se encuentra un colon transversal que no atraviesa el abdomen, un ángulo duodeno-yeyunal ausente y todo el intestino delgado se encuentra a derecha de la cavidad abdominal.

RESULTADOS

Fue posible realizar el bypass gástrico con una buena evolución pos-operatoria. No existieron problemas nutricionales o clínicos en el primer año de pos-operatorio.

CONCLUSIONES

Los cirujanos bariátricos necesitan estar alerta para estas malformaciones, aunque, de manera general estos procedimientos puedan todavía ser realizados.

V-036

CONVERSIÓN DE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX ABIERTO TRANSMESOCÓLICO A GASTRECTOMÍA VERTICAL POR HIPOGLUCEMIA SEVERA. ASPECTOS TÉCNICOS

M. Kraft Carré, R. Vilallonga, E. Caubet, O. González, J.M. Balibrea, A. Curell, A. Ciudin, M. Hidalgo, J.M. Fort, M. Armengol

Vall Hebron, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Algunas de las complicaciones a largo plazo después del bypass gástrico en Y de Roux (BGR), como el síndrome de hipoglucemia, la recuperación de peso, el síndrome de dumping y la caquexia severa, pueden ser tratadas con la conversión a anatomía normal (AN). Es posible realizar una Gastrectomía Vertical (GV) durante el mismo procedimiento para evitar la ganancia de peso. El motivo de este video es describir los aspectos de la evolución técnica de la conversión del BPG transmesocólico abierto con banda sobre reservorio gástrico a GV por hipoglucemia severa.

OBJETIVOS

Mostrar y establecer los aspectos técnicos de acuerdo con nuestra serie de casos. (5 casos)

MATERIAL Y MÉTODOS

Para esta intervención usamos cinco trócares. El procedimiento consta de la reconversión a la anatomía normal con gastrectomía vertical añadida. La devascularización del fundus del remanente gástrico consigue visualizar mejor los límites del reservorio gástrico. Es básico el entendimiento del abordaje transmesocólico para realizar la cirugía, cosa que se puede apreciar en el video. La transección gastroyeyunal de la anastomosis debe ser realizada por encima de la banda gástrica. Simultáneamente realizamos la gastrectomía vertical. Realizamos una regastrogastrostomía manual con una sonda de 34 Fch. Es importante la identificación de estructuras y referencias anatómicas. Realizamos una GV atípica, incluyendo la devascularización de la curvatura mayor y la resección gástrica con grapado. En este procedimiento es importante aplicar la parte distal del estómago para evitar posibles fístulas y fugas.

RESULTADOS

El paciente no presentó complicaciones. El control postoperatorio se efectuó sin complicaciones mayores y el paciente fue dado de alta a los 4 días.

CONCLUSIONES

La conversión de BGR transmesocólico con Banda sobre Reservorio gástrico es un procedimiento complejo. Añadiendo una Gastrectomía Vertical al procedimiento se incrementa el riesgo de posibles fugas. Es importante intentar enseñar aspectos sobre las modificaciones técnicas realizadas después de experiencias previas.

