

Comunicaciones Póster SECO 2016

P-001

MANEJO CONSERVADOR DE LA ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL EN UN BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

M.D.L.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, F.J. Vilches López, C. Rodríguez Ramos, I. Mateo Gavira, E.M. Sancho Maraver, M. Aguilar Diosdado, J.L. Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

OBJETIVO

El Bypass gástrico laparoscópico, es la técnica quirúrgica más aceptada en el momento actual. Como tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. El Abordaje laparoscópico ofrece claras ventajas en comparación con la cirugía abierta (estancia hospitalaria más corta, periodo de recuperación menor, menor incidencia de infecciones de herida, menor sangrado), pero no está exenta de complicaciones. Presentamos el caso de un paciente que presentó estenosis grave de la anastomosis tras la realización de un bypass gástrico laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 37 años de edad obeso mórbido con antecedentes de HTA y DM tipo 2, con peso de 140 kg e IMC de 45, intervenido mediante bypass gástrico estándar laparoscópica. Tras la cirugía evoluciona favorablemente y se realiza tránsito con bario sin evidencia de fuga anastomótica, iniciando dieta líquida inicial y posteriormente dieta semisólida. Al mes desarrolló intolerancia oral progresiva con dolor intermitente epigástrico y distensión abdominal, acompañado de náuseas y vómitos incoercibles progresivos, lo que acelera la pérdida de peso hasta un peso de 92,8 kg (IMC 28 kg/m²). No presentaba ni alteraciones hidroelectrolíticas ni vitamínicas y la Radiología de abdomen era normal. Se realizó endoscopia digestiva alta que evidenció una estenosis severa (<4 mm) con dilatación esofagogástrica y el retraso en el vaciado gástrico. Se realizó una dilatación neumática (3 sesiones) cada 3 días con diámetro del balón progresiva (06/08/10 mm).

RESULTADO

El resultado a largo plazo fue excelente y sin complicaciones. Inicio nutrición enteral, y se mantuvo durante varias semanas con dieta líquida. Al año presentó remisión completa de la Hipertensión arterial y la diabetes mellitus, alcanzando una pérdida de peso de 53,4 kg con un índice de masa corporal constante de 26,8 kg/m² y un peso de 86,6 kg. La media del porcentaje de exceso de peso perdido f (% EWL) fue 78,83% con un resultado bueno en BAROS. No se presentaron más complicaciones durante el seguimiento, realizando dieta oral sin incidencias hasta el momento actual y no ha precisado de nuevas dilataciones endoscópicas.

CONCLUSIONES

Estenosis gastroyeyunal es la complicación tardía más frecuente después de un bypass gástrico laparoscópico (11,4%). La isquemia de la sutura, úlcera estomal, reflujo o retracción cicatricial, pueden contribuir a su aparición. Los síntomas incluyen dolor epigástrico y vómitos postprandiales que pueden causar desnutrición con deficiencia de vitaminas, especialmente de tiamina. El tránsito esofagogástrico es una técnica de diagnóstico de cribado, mientras que la endoscopia es diagnóstica y terapéutica. En nuestro caso, se consiguió la mejoría clínica con buena pérdida ponderal y adecuada nutrición enteral tras tres dilataciones endoscópicas. Por tanto, la dilatación endoscópica de la anastomosis gastroyeyunal es un tratamiento eficaz con el mínimo riesgo y buen resultado dejando el tratamiento quirúrgico para aquellos casos en los que la dilatación con balón no logra un estoma adecuado.

P-002

VARIABLES MODIFICABLES SOCIALES Y ESTILO DE VIDA EN PACIENTES INTERVENIDOS CON BANDA Y GASTROPLASTÍA VERTICAL

E. Gutiérrez Cantero (1), J.C. Cagigas Lanza (1), M. Bolado Oria (1), J.L. Ruiz Gómez (1), V. Ovejero Gómez (1), P. Cagigas-Roecker (2), C. De La Hoz (3), R. Hernández-Estefanía (4), D. Lamuño (5), A. Ingelmo (1)

(1) Hospital Sierrallana, Torrelavega-Cantabria; (2) Hospital Cruces, Baracaldo-Bilbao; (3) Atención Primaria-Cantabria, Santander-Cantabria; (4) Fundación Jiménez Díaz, Madrid; (5) Hospital Valdecilia, Santander-Cantabria

OBJETIVOS

Analizar la influencia de variables modificables en la evolución de IMC a largo plazo de pacientes con obesidad mórbida intervenidos con gastroplastía vertical y banda (GV y B), con el objetivo de establecer el pronóstico de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio sobre 56 mujeres y 11 hombres, intervenidos de GV y B. Rango de edad entre 20 y 60 años. La media del IMC fue de 47,5, y desviación estándar DS 7,74. Fueron seguidos durante 2 años después de su cirugía, y un subgrupo de 34 pacientes (29 mujeres y 5 hombres) que fueron seguidos por otros 3 años, para un total seguimiento postoperatorio de 5 años. Las variables de estilo de vida considerados fueron: el ejercicio físico (al menos media hora de caminata al día); los hábitos alimentarios y la existencia de transgresiones dietéticas, con especial atención a los alimentos semi-líquidos de alto contenido calórico y de fácil ingestión; y situación laboral (considerado como el trabajo en o fuera del hogar). Se estableció un IMC de 35 como punto de corte para considerar un riesgo.

RESULTADOS

Los pacientes se intervinieron por razones de salud en un 50%, el otro 50% por consideraciones estéticas; la media preoperatoria IMC fue (48 y 46,3, respectivamente, $p > 0,005$). Por sexo, la salud fue en el 66,7% de los hombres y el 47,3% de las mujeres. Por edad, razones estéticas fue en el 81,2% de los pacientes < 30 años, y de la salud fue el 75% en pacientes > 50 años. La percepción acerca de la cirugía, la respuesta fue "neutral" o "favorable" para el 76,6% de los pacientes, mientras que el 23,4% restante se sintió decepcionado. Los principales trastornos durante los dos primeros años post cirugía fueron baja tolerancia a los alimentos sólidos, alta frecuencia de los vómitos asociados a la hora de comer, y el estreñimiento. Otros trastornos, como la dispepsia post-prandial, dificultad de mantener un horario de alimentación, o la ausencia de sensaciones de hambre, menos frecuente. A los 5 años de seguimiento, los pacientes tenían inicialmente baja tolerancia a los sólidos. Los vómitos y el estreñimiento fueron menos frecuentes. El 50% de los pacientes manifestó una clara tendencia a cometer transgresiones dietéticas, y de ingerir alimentos fuera de programación.

CONCLUSIÓN

Las variables modificables que afectan al estilo de vida, como el ejercicio físico y actividades fuera del hogar tienen un efecto favorable significativo sobre la evolución del IMC postcirugía GV y B en seguimiento a largo plazo. Entre las variables intrínsecas, el valor de IMC previo a la cirugía y la existencia de familiares obesos también afectan a la evolución a largo plazo. A los cinco años, el IMC medio > 35 , una cifra considerada de alto riesgo para la salud.

P-003

RESECCIÓN DISTAL DE RESERVORIO GÁSTRICO POR GRANULOMA NECROTIZANTE INTRAMURAL COMO HALLAZGO INTRAOPERATORIO

S. Alonso Gómez, M. Medina, D. Acín-Gándara, A. Antequera, F. Pereria

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid

OBJETIVO

Se presenta un caso de un granuloma necrotizante gástrico como hallazgo intraoperatorio durante una intervención de bypass gástrico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 55 años con antecedentes médicos de HTA, DM tipo II, dislipemia y SAOS grave. Peso 108 kg, talla 151 cm y IMC 47. Exploración abdominal: laparotomía subcostal derecha bien consolidada, resto sin hallazgos. Pruebas preoperatorias (gastroscopia y tránsito esofagogástrico) normales. Intraoperatoriamente durante la realización del reservorio gástrico se objetiva lesión gástrica de 2,5 x 2,5 cm intramucosa localizada en curvatura menor. Durante la calibración del reservorio con la sonda orogástrica de Foucher, se intenta que dicha lesión permanezca lateral a la configuración del reservorio, pero no se consigue debido a la localización de la misma. Finalmente se configura el reservorio incluyendo dicha lesión en el mismo, y posteriormente se realiza una resección de la lesión mediante una sección distal del reservorio. El postoperatorio de la paciente transcurrió sin incidencias. El análisis anatomopatológico de la lesión demostró un granuloma necrotizante intramural histopatológicamente inespecífico. No se observaron cuerpos extraños, parásitos, hongos (tinción de PAS), micobacterias (tinción de Ziehl Neelsen) ni otras bacterias (tinciones de Gram y Giemsa).

DISCUSIÓN

Los granulomas gástricos son poco frecuentes. Las causas más frecuentes de los granulomas gástricos son la sarcoidosis, el granuloma eosinofílico y la enfermedad de Crohn; aunque pueden aparecer granulomas gástricos en diversas enfermedades inflamatorias, infecciosas o neoplásicas. También se ha descrito la presencia de granulomas en pacientes sanos. En la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza con la integración del análisis anatomopatológico con los datos clínicos y analíticos. Desde el punto de vista clínico el que reviste mayor importancia es el granuloma eosinofílico por la frecuencia con el que este se confunde con el cáncer gástrico. La gastroscopia suele ser normal así como el resto de pruebas complementarias. El tratamiento generalmente suele ser quirúrgico aunque depende mucho de su etiología.

P-004

GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA: SEGURA Y EFECTIVA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA Y ENFERMEDAD METABÓLICA

M.L. Fernández Soto, M.J. Jiménez Jiménez, R. Manzanares Córdoba, J. García Rubio, A. Cozar Ibáñez

Unidad de Cirugía Bariátrica. Complejo Hospitalario Universitario. Granada

OBJETIVOS

Estudiar los efectos metabólicos que se producen en los pacientes con obesidad mórbida (OM) tratados con Gastrectomía Tubular Laparoscópica (GTL).

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes sometidos a GTL desde Enero 2013 – Diciembre del 2014. Se recogieron datos demográficos, el porcentaje de sobrepeso perdido (%SPP), las comorbilidades y parámetros bioquímicos a los 6 y 12 meses de seguimiento.

RESULTADOS

60 pacientes (22 mujeres y 38 varones), edad media 45,8(± 10,8) años con IMC precirugía 47,7 (± 6,5) Kg/m². El %SPP a los 6 y 12 meses fue 41,8 (± 15,5) % y 60,2 (± 16,0) % (p=0,000) respectivamente y el IMC de 37,4 (± 5,5) kg/m² y 32,9 (± 4,6) kg/m² (p= 0,001). El 11% presentó complicaciones quirúrgicas inmediatas (5,6% precisaron reintervención por fugas). El 52% tenían DM2, con HbA1c precirugía de 7,5(± 0,3) %. El 61% cumplieron criterios de remisión completa (glucemia basal <100 mg/dl y HbA1c < 5,7%, sin tto hipoglucemiante) a los 6 y 12 meses, con una HbA1c de 5,4(± 0,1) % (p=0,09) y 5,1(± 0,1) % respectivamente (p= 0,06). Entre los pacientes sin criterios de remisión de la DM se redujo la dosis de Insulina (precirugía 39,1 (± 16,9) UI y a los 6 y 12 meses 10,9 (± 5,7) UI y 8,4 (± 5,5) UI) y la dosis de metformina (precirugía 1304,6 (± 285,3) mg y a los 6 y 12 meses a 681,8 (± 285,3) mg y 609,9 (± 245,4) mg). El 65% eran hipertensos y tras cirugía el 83% suspendió tratamiento hipotensor. El 45% presentaban SAOS, y de ellos, el 55% suspendieron el tratamiento con CPAP al año. Los niveles de TG precirugía eran 163,9 (±122,8) mg/dl y a los 6 y 12 meses de seguimiento de 115,3 (± 37,1) mg/dl (p= 0,08) y 96,8(± 29,3) mg/dl (p=0,52). No hubo asociación significativa entre curación de la DM y el %SPP a los 12 meses (p = 0,4) ni tampoco correlación entre curación de hipertrigliciridemia (TG< 150 mg/dl) con el %SPP a los 12 meses (p=0,3).

CONCLUSIONES

La GTL induce una pérdida ponderal y mejora, de forma muy significativa, las comorbilidades metabólicas asociadas a la OM, con un porcentaje elevado de remisión de la DM, sin complicaciones quirúrgicas y médicas significativas.

P-005

PRODUCTOS DE GLICACIÓN AVANZADA EN LA OBESIDAD MÓRBIDA Y TRAS LA CIRUGÍA BARIÁTRICA: CUANDO LA MEMORIA METABÓLICA EMPIEZA A FALLAR

J.A. Baena Fustegueras, E. Sánchez, L. Gutiérrez, M.C. De La Fuente, M. Bueno, S. Ros, M. González, A. Lecube

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los productos de glicación avanzada (AGEs) son un indicador de memoria metabólica. Su concentración incrementa en situaciones donde coexiste estrés oxidativo e inflamación, así como en la hiperglucemia crónica, y se han mostrado como un fiable marcador de enfermedad vascular. Se ha descrito una correlación entre el perímetro de cintura y los AGEs, si bien no se evaluó la influencia de la obesidad mórbida ni mucho menos el papel de la cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional con tres cohortes equiparadas por edad: 52 pacientes en protocolo de cirugía bariátrica, 46 pacientes operados de cirugía bariátrica en los últimos 5 años y 47 pacientes controles no obesos (IMC < 30 kg/m²). Los AGEs se midieron mediante el AGE Reader (DiagnOptics Technologies, Groningen, The Netherlands), un dispositivo no invasivo que mide la acumulación de los AGEs en el antebrazo a través de la autofluorescencia cutánea (SAF).

RESULTADOS

Los sujetos obesos, tanto antes como después de la cirugía ($2,14 \pm 0,65$ y $2,18 \pm 0,40$ *Arbitrary units*, respectivamente), muestran un incremento significativo de la SAF en comparación con la población no obesa ($1,81 \pm 0,22$ AU; $p < 0,001$ para ambas comparaciones). Sin embargo, cuando los pacientes candidatos a cirugía bariátrica se agruparon en presencia o ausencia de síndrome metabólico mediante la clasificación de la OMS, la diferencia fue estadísticamente significativa y mayor en aquellos con síndrome metabólico ($2,44 \pm 0,67$ vs. $1,86 \pm 0,51$ AU, $p = 0,001$). No se observó ninguna correlación significativa entre la SAF y el IMC. Por otro lado, la concentración de AGEs se mantuvo constante durante los siguientes 5 años tras la CB.

CONCLUSIONES

El incremento en la concentración de AGEs en la población obesa candidata a cirugía bariátrica es a expensas de aquellos con alteraciones metabólicas. Por ello, su determinación es una forma sencilla de identificar al sujeto obeso "metabólicamente sano". Sin embargo, el decalaje observado entre la resolución de las comorbilidades metabólicas tras la cirugía y el descenso de los AGEs (que se mantienen estables tras 5 años), hace de esta memoria metabólica un mal marcador de riesgo cardiovascular en este periodo.

P-006

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO COMPLICACIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL

M.D.L.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, M. Fornell Ariza, S. Roldan Ortiz, S. Ayllon Gamez, C. Peña Barturen, D. Pérez Gomar, M.D.C. Bazán Hinojo, E.M. Sancho Maraver, J.L. Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

OBJETIVO

La hemorragia digestiva alta es una complicación raramente descrita tras gastrectomía vertical laparoscópica. Presentamos el caso de un paciente que en el postoperatorio inmediato presentó una HDA que se maneja con medidas conservadoras y buena evolución.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 43 años con antecedentes personales de obesidad mórbida IMC 52,9 kg/m² (peso 162, Talla 175), Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, SAOS y síndrome metabólico. Se realiza Gastrectomía vertical laparoscópica según protocolo de nuestro centro, calibrada con sonda de 34 fr, con endocortadora Echelon flex Powered ® de 60 mm, protegida con Seamguard®, sin incidencias.

RESULTADO

En el postoperatorio inmediato (24h), presenta dos episodios de hematemesis franca de escasa cuantía sin repercusión hemodinámica que se autolimitan y sin descenso significativo de la hemoglobina por lo que se decide observar evolución. A las 48 horas y tras iniciar tolerancia oral, el paciente presenta melenas con descenso del hematocrito en 4 puntos (Hg previa 11,9gr/dl) sin repercusión hemodinámica ni otra clínica, precisando trasfusión de 2 concentrados de hemáties. Ante la estabilidad hemodinámica se decide realización de EDA con baja presión identificándose coágulo en zona más distal de la sutura de la gastrectomía, a nivel de antro, pero sin sangrado activo. No se evidencia fuga. Se opta por manejo conservador. El paciente evoluciona favorablemente, tolera dieta y es dado de alta al 5º día Postoperatorio sin incidencias. Revisado a los 15 días, a 1 mes y no refiere más episodios de melenas y la hemoglobina permanece estable, refiere adecuada tolerancia oral.

CONCLUSIONES

Las complicaciones hemorrágicas tras la gastrectomía vertical más frecuentes se relacionan con el sangrado de la línea de grapas (descrito en el 2-3% de los casos) o heridas hepáticas, del bazo o arteria epigástrica. En la mayoría de los casos, el sangrado se produce dentro de las primeras 48h postoperatorias. El sangrado gastrointestinal es raro, y suele estar relacionado con la presencia de una fuga. El papel de la EDA es a veces limitado por no poder localizar la causa de la hemorragia, pero en caso de presentar fuga o hemorragia activa puede ser diagnóstica y terapéutica. En el caso de nuestro paciente no se identificó fuga y en el momento de la endoscopia el sangrado no era activo y estaba en relación con la línea de grapado intraluminal. En los casos de pacientes hemodinámicamente estables el manejo debe ser igual al de cualquier hemorragia digestiva alta postoperatoria tras cirugía gástrica.

P-007

MANEJO CONSERVADOR MEDIANTE STENT DE LA “FUGA PRECOZ” TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

M.D.L.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, C. Rodríguez Ramos, F.J. Vilchez López, I. Mateo Gavira, E.M. Sancho Maraver, M. Aguilar Diosdado, J.L. Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

OBJETIVO

La Gastrectomía Vertical laparoscópica es una técnica bariátrica segura con similar pérdida ponderal y resolución de las comorbilidades comparada con el bypass gástrico. No obstante existen complicaciones entre las que se encuentran las fugas, el sangrado y la estenosis. La incidencia de fuga se sitúa entre 1-7%. El manejo endoscópico mediante stent está demostrado en las fugas tardías, así como en las estenosis, pero su papel no está bien definido en la fuga precoz. Presentamos un caso clínico de manejo de fuga precoz de la gastrectomía vertical mediante drenaje percutáneo y stent endoscópico con buen resultado.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 50 años con obesidad mórbida IMC 50.9 Kg/m² (peso 130,4 kg, Talla 159 cm). Comorbilidades: HTA, Dislipemia, Síndrome metabólico, hipotiroidismo, gonartrosis. Se realiza según protocolo Gastrectomía vertical laparoscópica tutorizada con sonda de 34fr, empleando echelon flex powered de 60®, tutorizada con Seamguard ® a 6 cm de píloro, sin incidencias. Inicia tolerancia oral a las 24 horas de la cirugía y es dada de alta al 3º día PO. Reingresa el mismo día del alta por la tarde con cuadro de fiebre de 38°C sin otra sintomatología. TAC abdominal con gastrografin® confirma la presencia de fuga de Gastrectomía vertical y colección de 3x4cm intraabdominal adyacente a la fuga.

RESULTADOS

Ante la estabilidad hemodinámica de la paciente y la no presencia de datos de Sepsis se decide manejo conservador, realizándose punción percutánea ecodirigida de la colección y Endoscopia Digestiva Aalta bajo anestesia general que confirma fuga por debajo de ángulo de Hiss así como estenosis distal a la misma. Se realiza dilatación con balón hidrostático de la estenosis y se coloca prótesis de manga gástrica (pedir marca a Claudio) de 18 cm de longitud y 30/27 cm de diámetro cubriendo la zona de fuga y sobrepasando la estenosis. Se deja Sonda de nutrición enteral. Realizamos punción drenaje de colección intraabdominal y la paciente es dada de alta. A la semana se le retira la sonda nasogástrica e inicia tolerancia oral. Evoluciona favorablemente y se retira la endoprótesis a las 6 semanas apreciándose completa cicatrización de la zona de la fuga y resolución de la estenosis.

CONCLUSIONES

El tratamiento tradicional de las fugas tempranas en la línea de grapas tras la Gastrectomía vertical es quirúrgico sobre todo en casos de inestabilidad del paciente o sepsis, sin embargo, la colocación endoscópica de stents metálicos cubiertos, autoexpandibles (SEMS) se ha convertido en un tratamiento común para las fugas tempranas. Otro problema es la estenosis secundaria a una fuga anterior o ulceración de la línea de grapado. El tratamiento endoscópico de estas estenosis incluye dilatación, con o sin colocación de SEMS, en un intento de prevenir reestenosis. En el caso de nuestra paciente el tratamiento inicial podría haber sido quirúrgico, pero dado que no presentaba inestabilidad ni datos de SIRS, se optó por manejo conservador con buenos resultados, por lo que pensamos se deberá individualizar el tratamiento en cada caso.

P-008

CORRECCIÓN DE LA HERNIA DE HIATO “DESCONOCIDA DURANTE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL

M.D.L.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, S. Roldan Ortiz, M. Fornell Ariza, S. Ayllon Gamez, C. Peña Barturen, J.L. Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

OBJETIVO

La incidencia de hernia de hiato en los pacientes obesos, se sitúa alrededor del 40%. La exploración sistemática del hiato en busca de la posible hernia y la reparación de la misma durante la realización de la Gastrectomía vertical, sigue siendo un tema controvertido. Presentamos el caso de una paciente obesa intervenida mediante gastrectomía vertical en la que se evidenció hernia de hiato intraoperatoriamente y a la que se realizó un cierre posterior del hiato en el mismo acto quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 55 años de edad con Obesidad mórbida con IMC de 45,8 Kg/m², con antecedentes de: Hipertensión arterial, Síndrome de apnea obstructiva del sueño, dislipemia y síndrome metabólico. Otros antecedentes: osteoartritis, e histerectomía por mioma uterino. Se propone Gastrectomía vertical laparoscópica según protocolo de nuestro centro, evidenciando durante la misma la presencia de hernia hiatal. Se reduce la hernia y se disecan el pilar izquierdo hasta identificar el derecho y la crura por el lado izquierdo de la gastrolisis, realizando cierre posterior del defecto con puntos sueltos de seda del 2/0 con endostich®. Posteriormente se realiza liberación hacia el antro gástrico y gastrectomía vertical calibrada con sonda de Fouchet de 34fr, con echelon flex powered de 60®, protegida con Seamguard® sin incidencias.

RESULTADOS

La evolución fue favorable y la paciente fue dada de alta al 3º día PO sin incidencias con adecuada tolerancia oral. A los 15 días de la cirugía sigue con buena evolución y adecuada pérdida ponderal (peso 89 kg IMC 39,9). Al año de la cirugía la paciente sigue con buena tolerancia oral, no refiere sintomatología de reflujo, ha dejado medicación hipertensiva y CPAP, y presenta adecuada pérdida ponderal (peso 56 kg IMC 24,56). A los 3 años de la cirugía mantiene peso y adecuada tolerancia.

CONCLUSIONES

La mayoría de los autores prefieren la realización de un bypass gástrico en aquellos pacientes que presentan Hernia de hiato, sobre todo en los casos en que esta se asocia a ERGE. El tema es controvertido en ausencia de sintomatología de reflujo. A la hora de seleccionar la técnica bariátrica influyen muchos factores, entre ellos el IMC y la edad de la paciente. En nuestro caso la paciente tiene 55 años y no presentaba previa a la cirugía diagnóstico de hernia hiatal por lo que se le propuso Gastrectomía vertical laparoscópica. Tras el hallazgo de la misma se decide realizar reparación en el mismo acto quirúrgico con buenos resultados a largo plazo. Actualmente se considera que la reparación de la hernia de hiato durante la realización de la gastrectomía vertical es segura y con resultados aceptables en cuanto a la ERGE, aunque habrá que observar esta buena evolución a más largo plazo.

P-009

TUMOR CARCINOIDE COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN PIEZA QUIRÚRGICA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL

I. Grifo Albalat, M. Bruna Esteban, S. Jareño Martínez, R. Gómez Contreras, J. Puche Pla, A. Vázquez Prado, M. Oviedo Bravo, P. Albors Baga

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

OBJETIVOS

El carcinoide es un tumor infrecuente, con una incidencia de 2 casos por 100000 habitantes, situándose en estómago entre el 2-4% de ellos. La gastrectomía vertical es la técnica de cirugía bariátrica más utilizada a nivel mundial en nuestros días, considerando necesario el estudio sistemático de la pieza de resección para evitar que lesiones malignas-premalignas, pasen inadvertidas en el caso de que no exista clínica ni exploración endoscópica previa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de un varón obeso mórbido sometido a una gastrectomía vertical. Durante el postoperatorio presentó una fistula del ángulo de Hiss que precisó tratamientos endoscópicos y percutáneos repetidos para su resolución. Fue diagnosticado de tumor carcinoide con metástasis hepáticas secundarias tras el estudio anatomopatológico de la pieza de gastrectomía y los estudios de imagen llevados a cabo durante el tórpido postoperatorio.

RESULTADOS

Varón de 37 años con antecedentes de síndrome de apnea obstructiva del sueño e índice de masa corporal (IMC) de 46 Kg/m² y pruebas preoperatorias realizadas un año antes de la cirugía sin signos patológicos. Fue sometido a gastrectomía vertical laparoscópica, evidenciándose en el tránsito realizado a las 48 horas una fuga de contraste localizada en el ángulo de Hiss. La tomografía mostró una colección subfrénica y una lesión ocupante de espacio de 72 mm en el segmento IV-VIII hepático. Ante la estabilidad clínica del paciente se instauró tratamiento conservador con sonda nasogastroyeyunal, reposo digestivo, antibioterapia y nutrición enteral. Se realizaron intentos de sellado endoscópicos del pequeño orificio fistuloso (5 mm) y se colocó una prótesis que fue retirada a los 13 días, consiguiendo la resolución final de la fistula. El estudio anatomopatológico de la pieza mostró un tumor carcinoide de 1 por 0'6 cm y el resultado de la biopsia percutánea de la LOE hepática confirmó la presencia de metástasis por tumor carcinoide. En el Octreo-Scan se visualizó una captación patológica de la lesión hepática, por lo que se propuso para realizar la resección de los segmentos hepáticos IV, V y VIII. Durante el postoperatorio, desarrolló una fistula biliar de bajo débito que se resolvió de forma conservadora. Actualmente y tras un año de la resección hepática, el paciente se encuentra asintomático, con un IMC de 27, resuelto el SAOS y en control por oncología ante una imagen hepática captante en la PET (SUV: 3,5), aunque sin captación en el Octreo-Scan y sin alteraciones analíticas.

CONCLUSIONES

La incidencia de hallazgos patológicos en la pieza de resección de la gastrectomía vertical ha sido documentada en un 2% constituyendo la aparición de un tumor carcinoide un hallazgo poco frecuente (<1%). A pesar de que algunos autores no consideran necesario el estudio anatomopatológico del espécimen quirúrgico, muchos casos han sido documentados, por lo consideramos que es un análisis que no debe obviarse. En otras ocasiones se producen hallazgos intraoperatorios que obligan a cambiar el tipo de técnica quirúrgica a realizar, por lo que una endoscopia preoperatoria podría considerarse obligatoria como sucede en los casos que van a someterse a un by-pass gástrico.

P-010

RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LA GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA SOBRE EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO: ¿INFLUYE EL TAMAÑO DE LA SONDA?

M. Garay, C. Balagué, C. Rodríguez-Otero, B. Gonzalo, M. Poca, S. Fernández-Ananín, V. Turrado, M. Solans, E.M. Targarona, M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

OBJETIVOS

La gastrectomía tubular laparoscópica (GTL) se ha establecido en los últimos años como un procedimiento bariátrico definitivo. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es altamente prevalente en pacientes obesos mórbidos. El efecto de la GTL sobre el ERGE aún no está bien establecido. El objetivo de este estudio es determinar si el tamaño de la sonda usada para la realización de la GTL está en relación al ERGE postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio monocéntrico que incluye 22 pacientes consecutivos con IMC $>40\text{Kg}/\text{m}^2$ o $>35\text{Kg}/\text{m}^2$ y comorbilidades asociadas, que se sometieron a una GTL. Los pacientes fueron prospectivamente randomizados en 2 grupos según el tamaño de la sonda de calibre (Grupo 1: 33Fr, Grupo 2: 42Fr). Se realizó de manera preoperatoria una manometría esofágica para evaluar la función del esfínter esofágico inferior (EEI). Asimismo se realizó una pH-metría esofágica (porcentaje de tiempo con $\text{pH}<4$ en el canal distal) preoperatoriamente, a los 2 meses y al año de la cirugía.

RESULTADOS

La presión media preoperatoria del EEI fue de 23,25 mmHg en el Grupo 1 y de 19,06 mmHg en el grupo 2, sin diferencias entre grupos ($p=0,13$). El estudio pH-métrico basal mostró un porcentaje de tiempo con un $\text{pH}<4$ del 7,29% en el Grupo 1 y del 8,3% en el Grupo 2, sin diferencias significativas ($p=0,70$). A los 2 meses de la cirugía el porcentaje de tiempo con un $\text{pH}<4$ fue del 24,8% en el Grupo 1 y del 8,85 en el Grupo 2, obteniendo una significancia estadística entre grupos a los 2 meses de la GTV ($p=0,036$). Al año de la cirugía el porcentaje medio de tiempo con un $\text{pH}<4$ fue del 11,36% en el Grupo 1 y del 19,43% en el Grupo 2.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio preliminar sugiere que con el uso de sondas más pequeñas (33Fr vs 42Fr) se produce un incremento del ERGE en el postoperatorio temprano, aunque parece equipararse con el grupo de las sondas de mayor calibre un año después de la cirugía. Esta tendencia al año después de la GTL requiere de una muestra más amplia para validar nuestros resultados iniciales.

P-011

LA PRESERVACIÓN DEL ANTRO PARECE ACELERAR EL VACIADO GÁSTRICO DESPUÉS DE UNA GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA, PERO SIN TENER EFECTOS EN LA PÉRDIDA DE PESO

M. Garay, C. Balagué, C. Rodríguez-Otero, B. Gonzalo, A. Domenech, J.C. Pernas, S. Fernández-Ananín, E.M. Targarona, M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

OBJETIVOS

La gastrectomía tubular laparoscópica (GTL) implica una resección gástrica mayor que puede asociarse a disfunción motora y por consiguiente, afectar el vaciamiento gástrico y la pérdida de peso. El objetivo de este estudio consiste en evaluar si la GTL con o sin preservación del antro (inicio de la sección gástrica a 5cm o a 2cm del píloro respectivamente), induce cambios en el vaciamiento gástrico y comparar estos resultados con el volumen antral así como también con la pérdida de peso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo randomizado que incluye 30 pacientes sometidos a GTL y randomizados en 2 grupos: Grupo A (14 pacientes con inicio de la sección gástrica a 2cm del píloro) y Grupo B (16 pacientes con inicio de la sección gástrica a 5cm). Se realizó una gammagrafía de vaciamiento gástrico (60 minutos post ingesta) de manera preoperatoria, a los 2 meses y al año de la GTL. Para determinar el volumen antral se realizó una tomografía computarizada con reconstrucción en 3D antes de la cirugía, a los 2 meses y al año. El volumen del antro se define como el área comprendida entre la incisura angularis y el primer grapado distal, por encima del píloro. El porcentaje de exceso en la pérdida de peso (EWL%) se calculó al año del seguimiento.

RESULTADOS

El vaciamiento gástrico medio preoperatorio fue del 59% en el grupo A y del 55% en el grupo B, sin diferencias significativas. A los 2 meses de la cirugía, el vaciamiento gástrico medio fue del 66% en el grupo A y del 73% en el grupo B. El volumen del antro gástrico fue de 11.8ml en el Grupo A y 21.1ml en el grupo B ($p=0.030$). Sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el vaciado gástrico preoperatorio y a los 2 meses después de la GTL en el grupo B ($p=0.018$). Al año de la cirugía, el vaciamiento gástrico medio fue del 69% en el grupo A y del 73% en el Grupo B. El volumen antral fue de 11.2ml en el Grupo A y 31.3ml en el grupo B. El porcentaje medio de exceso en la pérdida de peso (%EWL) al año fue del 56.4% en el Grupo A y del 58.9% en el Grupo B, sin diferencias significativas.

CONCLUSIONES

La preservación del antro parece estar en relación con un vaciamiento gástrico acelerado después de la GTL, sin embargo, no se correlaciona con la pérdida de peso en este grupo de pacientes.

P-012

PERFORACIÓN YEYUNAL IATROGÉNICA DETECTADA INTRAOPERATORIAMENTE CON TEST DE AZUL DE METILENO

S. Alonso Gómez, D. Acín-Gándara, M. Medina, A. Antequera, F. Pereira

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid

INTRODUCCIÓN

La fístula de la anastomosis gastroyeyunal es una complicación importante en la cirugía del bypass gástrico. Presentamos un caso clínico de una perforación yeyunal lejos de la anastomosis gastroyeyunal detectada mediante el test del azul de metileno.

CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años con antecedentes de prediabetes y dislipemia mixta. Peso: 122 Kg, Talla 158 cm e IMC: 48. Pruebas preoperatorias normales a excepción de esteatosis hepática en la ecografía. Se realiza bypass gástrico antegástrico y antecólico con asa biliar de 80cm y asa alimentaria de 100cc (con pie de asa en espacio supramesocólico y ambas anastomosis mecánicas lineales). De manera rutinaria se coloca una gasa en la cara posterior de la anastomosis gastroyeyunal con el objetivo de identificar posibles fístulas posteriores. Tras realización de ambas anastomosis y antes de la sección del asa biliar se realiza clampaje doble del asa alimentaria y simple del asa biliar y común. Se realiza instilación de 100 azul de metileno (dilución 1 ampolla de 10ml en 500cc de suero fisiológico) a través de sonda orogástrica de 36F. Como se objetiva en las imágenes, tras realización del test de azul de metileno se observa tinción de la gasa por una perforación iatrogénica del asa yeyunal (en la vertiente biliar) lejos de la anastomosis gastroyeyunal. Se realiza rafia de la misma en dos planos. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. En este caso el test con azul de metileno no solamente sirvió para testar ambas anastomosis sino para detectar posibles complicaciones en el montaje del asa yeyunal que servirá para realizar ambas anastomosis según la técnica descrita.

DISCUSIÓN

La fístula de la anastomosis gastroyeyunal se asocia con un cuadro de sepsis abdominal que conlleva un aumento importante de las tasas de mortalidad. Su diagnóstico precoz, preferiblemente intraoperatorio, reduce de manera importante las cifras morbi-mortalidad perioperatoria. El test del azul de metileno se utiliza de manera rutinaria por muchos equipos quirúrgicos bariátricos para la comprobación de la integridad de ambas anastomosis. La revisión de la literatura demuestra la eficacia del test para la comprobación de la anastomosis esofagoyeyunal en las gastrectomías totales, sin embargo, el análisis del test en pacientes sometidos a bypass gástrico en muy escasa. En el siguiente poster exponemos el análisis del test en nuestra serie de pacientes sometidos a bypass gástrico.

CONCLUSIÓN

El test del azul de metileno es una técnica utilizada habitualmente por muchos equipos bariátricos para la comprobación de la integridad de ambas anastomosis. En el caso que se presenta sirvió no solamente para testar las anastomosis sino también para detectar una perforación inadvertida. Aunque el uso del test está muy extendido en cirugía bariátrica, el análisis de efectividad del mismo está basado sobre todo en anastomosis esofagoyeyunales en pacientes sometidos a gastrectomía total. Su efectividad en bypass gástrico requerirá de estudios futuros.

P-013

BYPASS GÁSTRICO CON ASA BILIAR CIEGA POR ERROR ANASTOMÓTICO

D. Acín-Gándara (1), M. Medina (2), S. Alonso (2), A. Antequera (2), M. Hernández (2), B. Martínez (2), J.M. Rodríguez- Vitoria (2), C. Rihuete (2), M. Iturbe (2), F. Pereira (2)

(1) Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada; (2) Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada

OBJETIVO

El objetivo de este vídeo es mostrar un error quirúrgico que puede suceder en uno de los pasos del bypass gástrico laparoscópico. Se presenta el caso clínico de un bypass gástrico con “la realización del pie de asa sobre el mismo segmento de intestino delgado” pudiendo haber causado un asa biliar ciega si no se hubiese detectado de forma intraoperatoria.

CASO CLÍNICO

Paciente de 50 años con obesidad mórbida (IMC 44) y hernia de hiato, es intervenido por vía laparoscópica, realizando hiatorrafia y bypass gástrico antecólico con anastomosis gastroyeyunal mecánica lineal y pie de asa en espacio supramesocólico con sección posterior de asa alimentaria de 150cm y asa biliar de 80cm. La hiatorrafia, la creación del reservorio gástrico y la anastomosis gastroyeyunal fueron regladas y sin complicaciones. El siguiente paso fue realizar el pie de asa, para lo cual se midieron 150cm de asa alimentaria y se fijó con un punto al asa biliar. Para facilitar este paso, se suele dejar largo el punto de fijación y el ayudante tracciona del mismo hacia el hiato, de forma que la sutura mecánica y posterior cierre del orificio de introducción de la endoGIA es más sencillo para el cirujano. En este paciente se puede ver en el video quirúrgico y fotografías como, al realizar este gesto quirúrgico, se esconde el asa biliar y se realiza la anastomosis sobre el mismo asa yeyunal por quedar plegada sobre si misma. Ante dicha situación, se decidió hacer la anastomosis por debajo de la primera, sin deshacer la primera. El paciente no tuvo complicaciones postoperatorias y fue dado de alta el 4º día con buena tolerancia oral a dieta de muy bajo contenido calórico de farmacia.

CONCLUSIONES

A pesar de la experiencia, es fundamental permanecer con máxima concentración durante una intervención, porque siempre pueden surgir complicaciones. En ocasiones, el simple hecho de cambiar de instrumental quirúrgico nos hace quitar la vista de la pantalla y puede provocar que no veamos ese cambio de disposición de las asas intestinales. En este caso, la intervención se estaba realizando por dos cirujanos bariátricos, un residente y las enfermeras del equipo de Cirugía Bariátrica, sin que nadie del equipo objetivara el error hasta ir a realizar la sección del asa biliar y alimentaria. Destacar en primer lugar la importancia de la concentración de todo el equipo quirúrgico para prevenir estos errores, en segundo lugar, el valor de grabar las intervenciones, que nos permite revisar nuestros gestos quirúrgicos y aprender de ellos. Por último, es fundamental saber tomar decisiones de forma ágil ante las complicaciones o errores que puedan surgir, ya que en su mayor parte tienen solución.

P-014

PERFORACIÓN DE REMANENTE EN BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX TRATADO DE MANERA CONSERVADORA. UNA COMPLICACIÓN RARA TRATADA DE MANERA INUSUAL

C. Ferrigni González, J. González González, J. Ruiz-Tovar Polo, A. García Muñoz-Najar (3), D. Alías Jiménez, C. Nevado García, M. Jiménez Fuertes, A. Moreno Posadas, G. Díaz García, M. Duran Poveda

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles

INTRODUCCIÓN

El bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) es una de las técnicas más realizadas para el tratamiento de la obesidad mórbida con una firme evidencia de su seguridad y eficacia a largo plazo. Sin embargo no es un procedimiento exento de complicaciones ya que presenta una morbilidad de alrededor del 10%. Dentro de las complicaciones denominadas tardías encontramos una con una incidencia menor a 0.25%, esta es, la perforación del remanente gástrico. En la mayoría de casos publicados sobre esta complicación, se opta por un tratamiento quirúrgico urgente.

CASO CLÍNICO

Mujer de 50 años de edad, con antecedente de BGYR laparoscópico en el 2013 con correcta pérdida de peso posterior. La paciente era H. pylori (-) previo a la cirugía y sin antecedente de enfermedad ulcerosa gastroduodenal. Acude a nuestra urgencia por presentar dolor en hipocondrio izquierdo de 3 días de evolución, continuo, estable en intensidad sin otro síntoma asociado. A la exploración física destaca dolor a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo sin signos de irritación peritoneal sin otros hallazgos. Se realiza TC abdominal donde se evidencia mínimo neumoperitoneo supramesocólico y zona de engrosamiento y cambios inflamatorios a nivel de cara anterior del remanente gástrico que sugieren úlcera perforada contenida. Ante la estabilidad clínica de la paciente, se decide ingreso en planta para inicio de antibioticoterapia IV, dieta absoluta y sueroterapia. El control analítico a las 24 horas presenta llamativa mejoría por lo que se mantiene el manejo conservador. Se da de alta a la paciente el 5º día de ingreso con terapia antibiótica vía oral y control por consultas externas. H. pylori posterior al ingreso negativo. Actualmente se le ha propuesto a la paciente endoscopia transgástrica intraoperatoria y actuar en función de hallazgos.

DISCUSIÓN

La perforación a nivel del remanente gástrico o en el duodeno es una complicación tardía muy poco frecuente y que suele presentarse con escaso neumoperitoneo. Las causas descritas de esta complicación son la úlcera péptica perforada o la obstrucción del asa biliopancreática. En la mayoría de los casos publicados eligen un manejo quirúrgico urgente, en nuestro caso optamos por un manejo conservador con una buena respuesta. El acceso al remanente gástrico sigue siendo un reto en este tipo de paciente en el caso de necesidad de descartar enfermedad ulcerosa, sangrado o cáncer. Hoy en día una opción diagnóstica es la endoscopia intraoperatoria guiada por laparoscopia, la extirpación del remanente sería el tratamiento definitivo pero complejo y no exento de complicaciones. Es necesario descartar en estos pacientes la presencia de H. pylori.

P-015

REMISIÓN DE LA DISLIPEMIA ATEROGÉNICA UN AÑO DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

E. Climent Biescas, D. Benaiges Boix, J. Pedro-Botet Montoya, J.M. Ramón, J.A. Flores-Le Roux, M. Villatoro, J.J. Chillarón Jordán, L. Gortázar De La Rica, N. Ascoeta Ortiz, A. Goday Arno

Hospital del Mar, Barcelona

OBJETIVO

Estudiar la remisión de la dislipemia aterogénica (DA) un año después de la cirugía bariátrica (CB).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo de pacientes intervenidos de CB con seguimiento posterior de un año. Se define DA por la presencia de hipertrigliceridemia (triglicéridos > 150mg/dl o tratamiento con fibratos) y niveles disminuidos de colesterol HDL (<40mg/dl en los hombres y <50mg/dl en las mujeres). Se considera remisión de la DA la normalización de los niveles de triglicéridos y colesterol HDL, habiendo retirado previamente el tratamiento con fibratos.

RESULTADOS

 Se incluyeron 356 pacientes (57 % bypass gástrico y 43% gastrectomía tubular). Un 80% eran mujeres, con una edad media de 44,3 ± 8,7 años e IMC de 44,1 ± 5,1 Kg/m². Un 10,1% estaban en tratamiento con estatinas y un 4,5% en tratamiento con fibratos. Un 22,2% presentaban diabetes mellitus tipo 2, un 41,4% hipertensión arterial y un 66,9% síndrome metabólico. Antes de la CB un 22,8% (81 de 356) cumplían criterios de DA, con una remisión del 74,1% (52/81) a los 3 meses, 90,1% (69/81) a los 6 meses y 96,3% (78/81) a los 12 meses de la cirugía. El colesterol HDL presentó un ascenso progresivo en ambos grupos, siendo mayor en el grupo con DA. Los valores de triglicéridos también disminuyeron en ambos grupos después de la CB, pero con un descenso mayor en el grupo con perfil aterogénico.

	DA n = 81	No DA n = 275	p
Mujeres (%)	57 (70,4)	228 (82,9)	0,012
Edad (años)	44,7 ± 9,3	44,2 ± 8,5	0,624
IMC (kg/m ²)	43,9 ± 5,3	44,1 ± 5,0	0,800
Tipo de cirugía (% de BGYRL)	37 (45,7)	166 (60,4)	0,013
Colesterol total (mg/dl)	199,4 ± 33,4	190,9 ± 34,2	0,049
Colesterol HDL (mg/dl)	38,9 ± 8,1	52,4 ± 14,0	<0,001
Triglicéridos (mg/dl)	221,7 ± 76,7	104,2 ± 37,3	<0,001
Colesterol no HDL (mg/dl)	160,9 ± 33,2	138,3 ± 33,4	<0,001
Hipercolesterolemia (%)	35 (43,2)	110 (40)	0,381
Diabetes mellitus tipo 2 (%)	35 (43,2)	44 (16,0)	<0,001
Hipertensión arterial (%)	50 (61,7)	97 (35,4)	<0,001
Síndrome metabólico (%)	81 (100)	157 (57,1)	<0,001
Tabaquismo (%)	30 (37,0)	72 (26,4)	0,044

CONCLUSIONES

Prácticamente todos los pacientes obesos presentaron remisión completa de la DA un año después de la CB, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada (BGYRL o GTL).

P-016

MANEJO DE FÍSTULA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL MEDIANTE SUTUR A SIMPLE DE LA PERFORACIÓN, CONVERSIÓN A BYPASS GÁSTRICO Y NUTRICIÓN ENTERAL

J. Ruiz-Tovar, J. González, A. Martínez, A. García, C. Ferrigni, M. Jiménez, S. Gutiérrez, M. Blanca Martínez-Barbeito, A. Paniagua, M. Durán

Hospital Rey Juan Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN

La fístula a nivel del ángulo de His es una de las principales complicaciones tras la gastrectomía vertical. Uno de los principales condicionantes para la aparición de esta complicación es el aumento de la presión intra-abdominal en un tubo con baja distensibilidad y en ocasiones dificultad para su vaciamiento. La colocación de endoprótesis recubiertas durante un periodo mínimo de 4 semanas es uno de los tratamientos más empleados para solucionar esta complicación. Sin embargo, la migración de la endoprótesis es una de las principales complicaciones de esta técnica. La colocación de prótesis largas de 24cm reduce el riesgo de migración, pero éstas no están disponibles en muchos centros.

CASO CLÍNICO

Mujer de 26 años e IMC 41, es sometida a una gastrectomía vertical laparoscópica. El postoperatorio inmediato transcurre sin incidencias, siendo dada de alta al 2º día postoperatorio. A los 7 días del alta acude a Urgencias por fiebre de 38,5º y dolor en hipocondrio izquierdo. Una TC abdominal con contraste oral, evidenció una colección adyacente a la línea de grapas con extravasación de contraste. Ante la imposibilidad de colocación inmediata de una endoprótesis y la evidencia de la colección intra-abdominal, se decidió laparoscopia exploradora. Se realizó drenaje del absceso, cierre de la fístula con 3 puntos de Ethibond 2/0 y conversión de la técnica a bypass gástrico en Y e Roux, con asa biliopancreática de 60 cm y asa alimentaria de 150cm. El objetivo de la conversión a bypass fue reducir la presión intragástrica mediante la anastomosis gastroyeyunal. A las 24h de la reintervención, se objetivó persistencia de extravasación de contraste a través del drenaje. Se colocó sonda nasoyeyunal para alimentación enteral. A los 7 días de su colocación, el débito por el drenaje desapareció y no se objetivó extravasación de contraste. Se reintrodujo alimentación por vía oral de forma satisfactoria y la paciente fue dada de alta sin incidencias.

CONCLUSIÓN

La sutura simple de la fístula asociada a conversión a bypass gástrico y nutrición enteral puede ser una alternativa terapéutica ante fístulas tras gastrectomía vertical.

P-017

INVAGINACIÓN DE PIE DE ASA DE BYPASS GÁSTRICO EN EMBARAZADA: DIAGNÓSTICO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA

J. Ruiz-Tovar, A. Martínez, J. González, A. García, C. Ferrigni, M. Jiménez, S. Gutiérrez, P. Iglesias, L. Bartolomé, M. Duran

Hospital Rey Juan Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal del pie de asa es una complicación poco frecuente tras un bypass gástrico, con una incidencia estimada entre 0,07-0,6% de todos los procedimientos realizados. Se deduce que la causa de estas invaginaciones es una alteración en la motilidad intestinal normal a nivel de la anastomosis, cuya base podrían ser cambios electrofisiológicos. Por otra parte, el embarazo también induce cambios hormonales que alteran la motilidad intestinal, lo que también aumenta la incidencia de esta patología. Hasta la fecha, sólo hay 6 casos publicados en la literatura de invaginación intestinal del pie de asa tras un bypass gástrico en una mujer embarazada.

CASO CLÍNICO

Mujer de 38 años, sometida a un bypass gástrico por vía abierta hace 15 años, y embarazada de 33 semanas, acude a Urgencias por dolor agudo epigástrico y vómitos en posos de café. A la exploración física presentaba signos de irritación peritoneal a nivel epigástrico. Una ecografía ginecológica y la monitorización fetal eran normales. Ante el cuadro de abdomen agudo, se realizó un RM que evidenció una imagen en diana a nivel del pie de asa, compatible con invaginación intestinal. Se realizó laparotomía urgente, objetivando una invaginación de 15cm a nivel del pie de asa, con aspecto isquémico. Se resecó el segmento invaginado y se reconstruyó el tránsito en 2 anastomosis. La monitorización fetal fue normal durante toda la cirugía. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al 4º día postoperatorio.

P-018

CONVERSIÓN DE POSE (PRIMARY OBESITY SURGERY ENDOLUMENAL) A GASTRECTOMÍA VERTICAL. EXPERIENCIA Y ASPECTOS TÉCNICOS

P. Alberti Delgado, R. Vilallonga, J.M. Fort, L. Alvarenga, B. Villanueva, A. Curell, T. Serrano

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

OBJETIVOS

La obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial. Su prevalencia se ha duplicado durante los últimos 25 años en países industrializados. Dada su asociación con múltiples comorbilidades (diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedad cardiovascular, entre otros), el coste médico ha incrementado significativamente. Múltiples tratamientos médicos y quirúrgicos han sido descritos. Durante las últimas décadas, abordajes endoluminales empiezan a aparecer con resultados aún no establecidos. El POSE (Primary Obesity Surgery Endolumenal) es una nueva técnica que ofrece cirugía mínimamente invasiva con resultados aparentemente prometedores. Presentamos nuestra experiencia inicial en cirugía de conversión desde POSE a gastrectomía vertical (GV). El principal objetivo es el de mostrar alternativas al convertir el POSE a otra técnica bariátrica, especialmente GV. Adicionalmente describiremos las soluciones y posibles problemas que podrían ocurrir de acuerdo al procedimiento bariátrico escogido. Presentamos los hallazgos intraoperatorios e histológicos de los pacientes intervenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante el 2014, dos pacientes con POSE previo fueron sometidas a GV. Ambas fueron mujeres con IMC (índice de masa corporal) de 37 kg/m² y 39 kg/m². Los dos estómagos mostraron plicaturas parciales de la mucosa fúndica, y en un sólo caso granulomatosis y severa estenosis a nivel antral. Realizamos un detallado análisis histológico demostrando la formación de granulomas a cuerpo extraño en la serosa antral.

RESULTADOS

Las pacientes no tuvieron ninguna complicación y fueron dadas de alta en 3 días. El promedio del exceso de peso perdido fue de 50% en 6 meses. La evaluación intraoperatoria es mandatoria al convertir POSE en otro procedimiento bariátrico. La anatomía patológica confirmó extensas áreas de granulomatosis con reacción a cuerpo extraño (Figuras 1 - 4), lo que puede desaconsejar el bypass gástrico (BGYR) con el consecuente estómago excluido y los clips del POSE en su sitio. Dado que el remanente gástrico queda dentro del compartimento intraperitoneal (y no puede ser abordado con instrumentos endoscópicos después), existe riesgo de complicaciones a futuro sobre este tejido afectado (perforación, sangrado, abscesificación, malignidad). Si se opta finalmente por el BGYR, se aconseja realizar antrectomía y resección del remanente gástrico. La gastrectomía vertical debe ser considerada como la técnica para convertir procedimientos endoluminales como el POSE. Al realizar exéresis de aproximadamente el 75-80% de la curvatura mayor, el tejido plicado (alrededor de 8-9 plicaturas en el fondo y 3-4 en antro gástrico) y afectado por el POSE es excluido, minimizando al máximo las futuras complicaciones (Figura 5).

CONCLUSIONES

La gastrectomía vertical parece un procedimiento seguro y debería ser considerado la primera opción al modificar procedimientos endoluminales como el POSE. La cirugía de conversión de POSE a otra técnica bariátrica puede ser desafiante y es necesario conocer los aspectos técnicos e histológicos para optar por el mejor proceso.

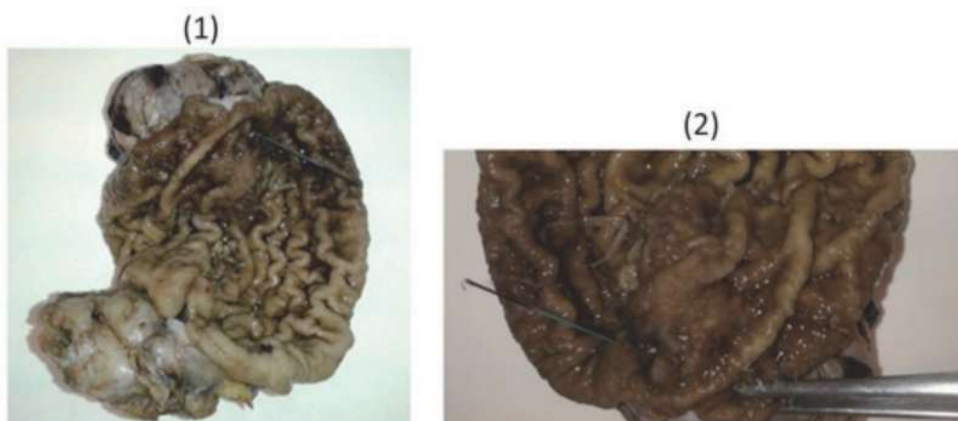


Figura 1: Gastrectomía vertical abierta longitudinalmente: pliegues de mucosa preservados; identificamos plicaturas en mitad superior e inferior de la pieza

Figura 2: Área antral con grapas metálicas y plicaturas

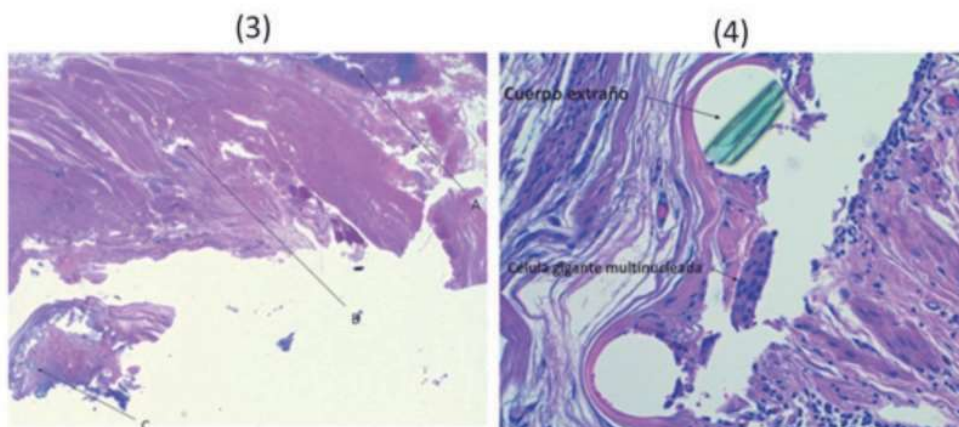


Figura 3: Corte histológico pared gástrica y mucosa: no encontramos lesión en mucosa (A), muscular (B), pero en serosa identificamos reacción granulomatosa a cuerpo extraño (en áreas de plicatura)

Figura 4: Granuloma con células gigantes multinucleadas fagocitando material de

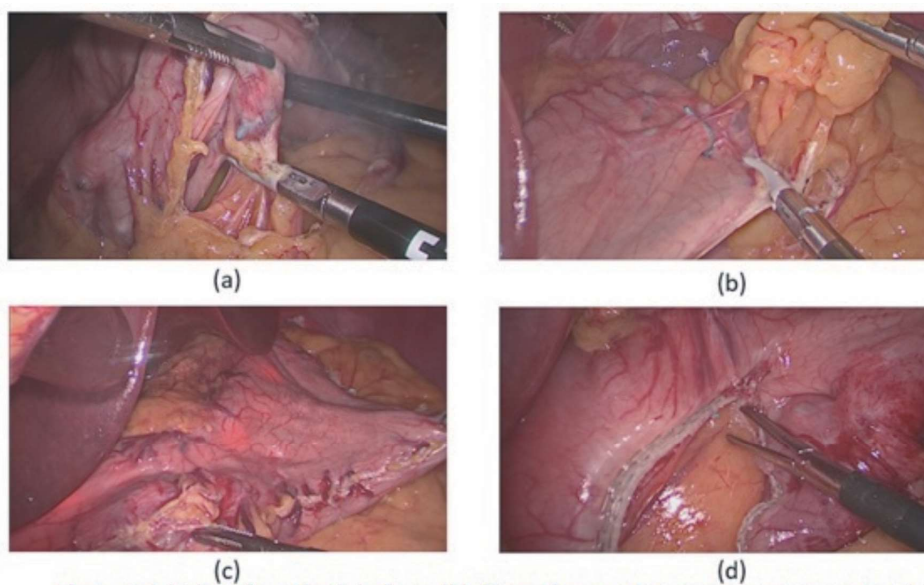


Figura 5: (a) identificación del píloro, (b) disección curvatura mayor y vasos cortos, (c) tutorización con sonda Fouchet 40Fr, (d) grapado



P-019

DILATACIÓN PSEUDODIVERTICULAR DEL MUÑÓN YEYUNAL EN EL PIE DE ASA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL TARDÍA TRAS UN BYPASS GASTROYEYUNAL EN Y DE ROUX

M. Medina García, D. Acín Gándara, S. Alonso Gómez, A. Antequera, M. Hernández, B. Martínez, C. Rihuete, J.M. Rodríguez, F. Pereira

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada

OBJETIVOS

La obstrucción intestinal en el postoperatorio tardío de un bypass gástrico es una complicación descrita en numerosas ocasiones en la literatura. El motivo más frecuente suele ser la formación de bridas o hernias internas en orificios creados durante la intervención quirúrgica, aunque pueden existir también otras causas menos esperables.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 33 años diagnosticado de Ob. Mórbida con un IMC de 43 kg/m² al que se le había realizado un bypass gastroyeyunal con un asa alimentaria antecólica de 150 cm y un asa biliopancreática de 80 cm sin complicaciones relevantes. El postoperatorio había transcurrido con normalidad, llegando a una pérdida ponderal del 105% del EP. Dos años después de la intervención, acudió a Urgencias en varias ocasiones por episodios de dolor abdominal y sensación de plenitud, presentando en la Rx de abdomen dilatación proximal de i. delgado, sin poder localizar un claro cambio de calibre con TAC o tránsito baritado. Con la sospecha de una hernia interna se planteó al paciente la posibilidad de realizar una laparoscopia exploradora para aclarar la causa de la obstrucción.

RESULTADOS

En la intervención se revisó la cavidad y los posibles orificios herniarios, espacio de Petersen y brecha mesentérica sin encontrar anomalías. Como único hallazgo se objetivó una dilatación muy exagerada del muñón redundante del asa biliar distal a la yeyunoyeyunostomía a modo de saco pseudodiverticular y que condicionaba el tránsito digestivo por distensión y compresión. Se realizó una resección simple del muñón con endograpadora, resolviéndose el cuadro y permaneciendo el paciente asintomático en la actualidad.

CONCLUSIONES

La obstrucción intestinal es una complicación relativamente frecuente tras la cirugía bariátrica que debe ser diagnosticada y tratada a tiempo, sin demorar una revisión quirúrgica. Cuando ocurre de forma tardía, se debe sospechar una hernia interna como primera posibilidad, pero se deben tener en cuenta y revisar otras posibles causas como la deformación o distorsión de las anastomosis por rotación o por dilatación de algún segmento. Durante la técnica quirúrgica se debe poner especial atención en no dejar un asa ciega redundante tanto en la anastomosis gastroyeyunal como en el pie de asa de la Y de Roux.

P-020

MANEJO DE LA FÍSTULA GASTRO-PULMONAR TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. García Niebla, R. Gianchandani Moorjani, M.E. Moneva Arce, A. Rosat Rodrigo, C. Díaz López, J.M. Sánchez González, V. Concepción Martín, C. Chocarro Huesa, M. Alonso González, M.Á. Barrera Gómez

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

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía vertical surge como una herramienta quirúrgica de cirugía bariátrica en 1999 como parte de la derivación biliopancreática con switch duodenal, lo que mejoró los resultados significativamente. A pesar de que es una técnica frecuente, no está exenta de complicaciones. La complicación más temida es la fístula del tercio superior junto a la unión esófago-gástrica, cuyo porcentaje varía entre el 0- 20%, seguida de la hemorragia (0- 6,4%) con una mortalidad que oscila entre el 0-3,2%.

OBJETIVO

Presentamos a continuación nuestra experiencia en el manejo del desarrollo de una fístula gastro-pleural como complicación tras gastrectomía vertical y las medidas llevadas a cabo hasta su resolución, a propósito de un caso.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 38 años, intervenida en otro centro de gastrectomía vertical por obesidad mórbida (IMC 42 kg/m²) que presenta como complicación inmediata postoperatoria fístula gástrica y colección perigástrica, que se trató con endoprótesis recubierta que se retiró cuando se consideró curada y drenaje ecoguiado respectivamente. Ingresó un año después con síndrome febril y persistencia de fístula gástrica que se trató conservadoramente con nutrición enteral por sonda nasoyeyunal. Presenta nuevo ingreso cinco años más tarde, en el Servicio de Neumología, por fiebre y absceso pulmonar. En TAC se objetiva gran colección intraparenquimatosa en LII de 9x19x10cm, compatible con absceso pulmonar, con trayecto fistuloso que comunica con espacio pleural y curvatura mayor, confirmándose en TEGD el diagnóstico de fístula gastropleural y gastropulmonar. Tras un mes de tratamiento conservador sin éxito, y sellado con fibrina ineficaz, se decide reintervenir a la paciente.

RESULTADOS

Se lleva a cabo la intervención quirúrgica conjuntamente con el Servicio de Cirugía Torácica. Se realiza disección de la gastrectomía vertical hasta llegar a fundus donde se objetiva el trayecto fistuloso de consistencia fibrosa, que se extiende hacia tórax, y se secciona. Se convierte a bypass gastroyeyunal con asa alimentaria de 180cm y cierre de orificio gástrico fistuloso con el mismo asa yeyunal de la anastomosis del bypass asa intestinal. Se realiza, por otra parte, lobectomía inferior izquierda, con sección y cierre del trayecto fistuloso hacia diafragma y plastia de pleura parietal sobre trayecto fistuloso. La paciente evoluciona de forma favorable, con desaparición del síndrome febril y con buena tolerancia oral, pudiendo ser dada de alta tras dos meses de ingreso.

CONCLUSIONES

La principal causa de las fístulas a este nivel parece ser la alta presión intraluminal y la baja compliance del tubo gástrico. El tratamiento conservador no siempre tiene buen resultado y puede cronificarse durante meses. Cuando el tratamiento conservador no es exitoso, la mayoría de los autores defienden como siguiente paso la utilización de endoprótesis flexibles recubiertas, tras drenaje del absceso. Otros tratamientos propuestos son los sellantes (pegamentos biológicos) por vía endoscópica con resultados controvertidos. Si no queda otra opción que la quirúrgica, se debe evitar el cierre simple de la fístula aún cuando se localice, e intentar disminuir la presión intraluminal gástrica mediante la conversión de la técnica en derivación gástrica en Y- deRoux.

P-021

MAPA ALIMENTARIO POST CIRUGÍA BARIÁTRICA. RESULTADOS PRELIMINARES

C.J. Díaz Lara, M. Díez Tabernilla, I. Oller, A. Arroyo, R. Calpena

Hospital Elche, Elche

OBJETIVO

La dieta post-cirugía de la obesidad está diseñada para perder peso de manera significativa, pero también para aprender nuevos hábitos alimenticios que contribuyan a mantener esta pérdida de peso a lo largo del tiempo. Las deficiencias de micronutrientes siguientes a la cirugía bariátrica pueden surgir de varios mecanismos que incluyen la deficiencia preoperatoria, la reducción o inadecuada ingesta alimentaria, la mala absorción, y la suplementación inadecuada (1). La inadecuada ingesta alimentaria postoperatoria por desconocimiento de un mapa de tolerancia adecuado es frecuente (2).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de cohorte consecutiva de pacientes operados de Obesidad mórbida en un periodo de un año. Se evalúa la tolerancia alimentaria posterior a la cirugía al 1, 3, 6 y 12 meses de la intervención quirúrgica, mediante el cuestionario específico.

RESULTADOS

Completaron el cuestionario 23 pacientes el primer mes, 27 a los 3 meses, 18 a los 6 meses y 18 a los 12 meses. Si analizamos la tolerancia media alimentaria por subgrupos (líquidos, carnes, pescados, carbohidratos y verduras) (3), los líquidos se van a tolerar bien o muy bien desde el principio, salvo las bebidas carbonatadas y las bebidas alcohólicas que presentan una mala tolerancia que además no va a mejorar tras un año de intervención (carbonatadas 1,8, alcohólicas 2,8). Las carnes son los alimentos peor tolerados tras cirugía bariátrica. Cerdo, conejo y ternera son mal tolerados con discreta mejoría a lo largo de los primeros 12 meses. El pavo y el pollo son los mejor tolerados desde el principio. Y la carne picada no es tolerada ni presenta mejoría con los meses, contrariamente a lo que se tiene pensado en la clínica habitual. Los carbohidratos en general también son mal tolerados tras cirugía bariátrica, destacando la mala tolerancia al pan blanco, el pan bimbo, el arroz y la pasta que tampoco mejora con el paso de los meses. Se observa una mala tolerancia a la bollería industrial (magdalena, bollo, tarta) que puede funcionar como feed back negativo. Los lácteos son muy mal tolerados desde el principio del seguimiento en general, destacando el queso fresco como único alimento de este grupo mejor tolerado. Las hortalizas son bien toleradas en el postoperatorio de la cirugía bariátrica si nos basamos en la revisión de la literatura. Encontramos que por lo general son mejor toleradas desde un principio que las carnes (media de 3 sobre 5 puntos). Las verduras de la ensalada parecen ser peor toleradas sobre todo al principio y es algo que no mejora a los 12 meses de la cirugía. El resto de hortalizas presentan un discreto empeoramiento de la tolerancia a los 12 meses si comparamos con los primeros meses. Hecho que posiblemente tenga relación con la mejor tolerancia de estos alimentos en formato triturado de la dieta inicial de estos pacientes.

CONCLUSIONES

Establecer unas recomendaciones dietéticas más específicas mediante el diseño de un mapa de tolerancia alimentaria post cirugía bariátrica.

Mejorar la ingesta alimentaria y disminuir las deficiencias nutricionales por mala ingesta.

P-022

DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA A LA ONCOLÓGICA. VALOR DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA PREOPERATORIA

S. Ocaña, C. Sánchez-Justicia, L. Granero, M. Landecho, M.L. Irigoyen, C. Silva, R. Moncada, G. Frühbeck, F. Rotellar, V. Valentí

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN

La realización sistemática de una endoscopia digestiva alta (EDA) preoperatoria para la cirugía bariátrica, sigue siendo en la actualidad un tema controvertido. El estudio óptimo del tracto gastrointestinal superior en pacientes candidatos a cirugía bariátrica no se encuentra aún bien establecido. La inclusión de la endoscopia alta (EDA) de forma sistemática al estudio preoperatorio puede hacer que hallazgos casuales obliguen a cambiar el manejo terapéutico previo, modificar el tipo de intervención a realizar o en el peor de los casos pasar por alto patologías incipientes que en un futuro supongan compromiso para los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo muestra mediante dos casos clínicos la relevancia de la endoscopia alta preoperatoria sistemática para el correcto diagnóstico del paciente candidato a cirugía bariátrica.

RESULTADOS

La EDA preoperatoria sistemática realizada previamente a una cirugía laparoscópica de revisión tras banda gástrica y a un bypass gástrico, mostraron la presencia de adenocarcinoma en pacientes asintomáticos, lo que conllevó a modificar el enfoque quirúrgico inicial hacia una cirugía oncológica, realizándose una esofagectomía Ivor Lewis en el primer caso y una gastrectomía subtotal laparoscópica modificada en el segundo.

CONCLUSIONES

La realización de la EDA preoperatoria sistemática, para la cirugía bariátrica tiene una alta utilidad diagnóstica y un bajo coste en relación a su eficacia. Los hallazgos encontrados con esta técnica permiten variar la estrategia terapéutica y proporcionan un tratamiento ajustado a cada paciente.



P-023

ANÁLISIS DE LA VARIABLE EDAD EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN RATAS CON OBESIDAD INDUCIDA POR DIETA

S. Ocaña, C. Tuero, P. Ahechu, M. De La Higuera, A. Rodríguez, S. Becerril, L. Mendez-Gimenez, F. Rotellar, G. Frühbeck, V. Valenti

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN

Los beneficios de la gastrectomía tubular se han reconocido en múltiples trabajos tanto experimentales como clínicos. Clásicamente estas técnicas conllevaban alto índice de complicaciones por lo que estaban contraindicadas en pacientes de edad avanzada. En la actualidad esta técnica es segura y con bajo índice de complicaciones por lo que pueden ampliarse los criterios de inclusión de pacientes.

HIPÓTESIS

Confirmar los efectos beneficiosos de esta técnica en un modelo animal de rata de edad avanzada.

OBJETIVOS

Analizar si la edad avanzada modifica los beneficios en cuanto a la pérdida de peso y disminución de presión arterial en un modelo experimental de ratas con obesidad inducida por dieta, sometidas a gastrectomía tubular.

RESULTADOS

Se observó una disminución de peso adecuada a la cirugía en las ratas añosas. De igual modo se observó una mejoría en el perfil cardiometabólico de las ratas añosas medido según índice de HOMA y QUICKI, y una mejoría en la tensión arterial de las ratas tanto sistólica como diastólica y media.

CONCLUSIONES

Las ratas añosas se benefician de los efectos positivos de la gastrectomía tubular experimentando tanto una disminución de peso corporal como una mejoría de perfil cardiometabólico. La magnitud del efecto obtenido resulta ligeramente inferior al observado en ratas adultas jóvenes, si bien no se acompañó de complicaciones perioperatorias en ninguno de los dos grupos.

P-024

MANEJO DE UN CASO DE OBESIDAD MÓRBIDA EXTREMA A PRÓPOSITO DE UN CASO

J. García Niebla, R. Gianchandani Moorjani, M.E. Moneva Arce, A. Rosat Rodrigo, C. Díaz López, J.M. Sánchez González, V. Concepción Martín, C. Chocarro Huesa, M. Alonso González, M.Á. Barrera Gómez

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

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica contempla diversas técnicas quirúrgicas a llevar a cabo en función del grado de obesidad y comorbilidad asociada, con el objetivo de conseguir los mejores resultados con la menor morbimortalidad posible. La pérdida de peso previa a la cirugía influye favorablemente en el riesgo anestésico y complicaciones respiratorias postoperatorias. El *Bypass* Gástrico constituye en la actualidad el tratamiento quirúrgico de elección de la obesidad mórbida.

OBJETIVO

Presentamos el caso de paciente mujer joven con obesidad extrema (IMC de 97 kg/m²), comorbilidad secundaria y limitación importante de la movilidad con afectación de su calidad de vida, que precisa pérdida de peso importante en el preoperatorio, realizándose dermolipectomía previo a bypass gástrico con resultados favorables.

MATERIALES Y MÉTODO

Paciente mujer de 53 años, con antecedentes personales de HTA; Dislipemia; Síndrome depresivo; Necrosis por decúbito en MII; Elefantiasis verrucosa y Asma Bronquial con ingreso previo por sepsis respiratoria con insuficiencia respiratoria global severa y encefalopatía hipercápnica por virus Influenza A, que precisa VMNI domiciliaria nocturna, con obesidad mórbida (IMC 97 Kg/m²) y vida cama-sillón por limitación de movilidad. Ingresó en el Servicio de Cirugía Digestiva por obesidad extrema junto con faldón abdominal infectado. Se realizan curas del mismo, control estricto de las ingestas. Se decide en primer lugar dermolipectomía abdominal con resección de faldón graso abdominal de 14,2 kg sin complicaciones postoperatorias, para permitir rehabilitación motora de la paciente (previamente encamada) seguida tras un intervalo de dos meses de la técnica de bypass gastroyeyunal laparoscópica.

RESULTADOS

La evolución fue favorable, tras las dos intervenciones quirúrgicas, pudiéndose dar de alta a la paciente tolerando dieta oral y caminando. En consultas externas en la última visita se objetivó peso de 108 kg (IMC 52).

CONCLUSIONES

El bypass gástrico es una técnica eficaz en el tratamiento quirúrgico de la obesidad extrema, siempre que se aplique un mayor grado de malabsorción. En este caso la dermolipectomía permitió una reducción previa de peso y rehabilitación de la paciente, con la consiguiente disminución de complicaciones en la cirugía bariátrica.

P-025

LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA PROVOCA UNA DISMINUCIÓN FAVORABLE EN LA EXPRESIÓN DE GENES MARCADORES DE LA HOMEOSTASIS DEL TEJIDO ADIPOSO SUBCUTÁNEO

J. Peinado Onsurbe (1), E. Pardina (1), J. Julve (2), R. Ferrer (3), J. Rossell (1), A. Lecube (4), J.A. Baena Fustegueras (4)

(1) *Universitat Barcelona, Barcelona;* (2) *Hospital Sant Pau, Barcelona;* (3) *Hospital Vall d'Hebron, Barcelona;* (4) *Hospital Arnau de Vilanova, Lleida*

OBJETIVOS

Hemos estudiado el impacto de la cirugía de *bypass gástrico* en Y de Roux (RYGB) sobre la expresión génica de marcadores metabólicos del tejido adiposo subcutáneo (SAT) y visceral (VAT) y su relación con la reducción del IMC en pacientes con obesidad mórbida.

MÉTODOS

Se obtuvieron muestras de plasma y adiposo de pacientes sometidos a RYGB al inicio del estudio y 12 meses después de la cirugía. Con las muestras de plasma y biopsias de grasa se realizó un análisis bioquímico. Se analizó la expresión de genes en SAT y VAT utilizando microarrays específicos para estos tejidos.

RESULTADOS

La pérdida de peso inducida por RYGB produjo una disminución favorable de los depósitos grasos, de la resistencia a la insulina y de los lípidos en plasma después de la operación en los obesos. Al inicio del estudio, se observó que los genes LEP, ADIPOQ, PNPLA2, LIPE, LPL, CD36, PAI1, NOS2, SLC2A4, FABP4, UCP2 y PPARg se sobreexpresan en el SAT respecto al VAT. En comparación con los valores iniciales, la pérdida de peso inducida por RYGB provocó una disminución significativa en la expresión de genes clave del metabolismo de lípidos (PNPLA2, FABP4, CD36), del metabolismo energético (UCP2), y de la función vascular (PAI1) en SAT. Sin embargo, sólo la expresión de CD36 a los 12 meses de BGYR, respecto al valor inicial, se encontró directamente asociada con el IMC (Spearman $r = 0,7857$; $p = 0,048$) y el SAT (Spearman $r = 0,5516$; $p = 0,041$).

CONCLUSIONES

La pérdida de peso inducida por RYGB produce una reducción en la expresión génica de varios marcadores de la función del SAT. La disminución de la expresión de CD36, después de la operación en los pacientes obesos mórbidos, se asocia positivamente con la disminución del IMC y del SAT.

P-026

SEGURIDAD PERIOPERATORIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

A. Navarro Barles, M. Allue Cabañuz, A. Hernaez Arzo, E. Redondo Villahoz, B. Calvo Catala, G. Pola Bandres, D. Fernández Pera, A.C. Navarro Gonzalo, A. Gonzalo, M.A. Bielsa Rodrigo

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

OBJETIVOS

El "Institute of medicine" determinó la importancia de la seguridad clínica, con el fin de que todos los procedimientos clínicos se desarrollasen sin complicaciones, fallos humanos, ni errores del sistema. En la cirugía bariátrica, dada la morbilidad propia del paciente obeso mórbido asociado a la complejidad creciente de los procedimientos quirúrgicos realizados, la seguridad clínica es esencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo sobre el grado de cumplimiento de las recomendaciones nacionales e internacionales en materia de seguridad del paciente en cirugía bariátrica. Fueron analizados diferentes ítems, tales como la optimización preoperatoria, la profilaxis antimicrobiana y tromboembólica, el uso de laparoscopia, la estancia media hospitalaria, las complicaciones postoperatorias, la morbilidad y la mortalidad.

RESULTADOS

Entre 2010 y 2014 se llevaron a cabo 183 procedimientos de cirugía bariátrica. El 64% de los pacientes fueron mujeres, la edad media de los pacientes fue de 44 años (26-47 años), con IMC medio de 48 Kg/m² (39-70 kg/m²). Los pacientes siguieron un protocolo preoperatorio definido, se empleó un quirófano adaptado, técnicas laparoscópicas estandarizadas y cuidados perioperatorios de calidad. La estancia media fue de 4 días (3-44 días), con un 9% de complicaciones perioperatorias, un 4% de reingresos y menos de 0,5% de mortalidad.

CONCLUSIONES

El paciente obeso mórbido es un enfermo complejo debido a las comorbilidades asociadas y el alto riesgo quirúrgico por ello es necesario una correcta selección preoperatoria llevada a cabo por un equipo multidisciplinar formado y experimentado. La estandarización de los cuidados perioperatorios mejora los resultados. El cumplimiento de los estándares de calidad en cirugía bariátrica, supone un progreso en el confort, la seguridad del paciente y la mejora en los resultados obtenidos.

P-027

GASTRECTOMÍA VERTICAL EN LOS PACIENTES SÚPER OBESOS: ¿ÚNICO PROCEDIMIENTO?

A. Rada Palomino, N. Pérez Romero, J.M. Rodríguez Santiago, J. Osorio Aguilar, J. Tur Martínez, L. Hernández, E. Muñoz Muñoz, E. Veloso Veloso

Hospital Mutua, Terrassa

OBJETIVO

El tratamiento de los paciente súper obesos ($IMC \geq 50$ Kg/m²) es aún controvertido, aunque en general, se considera que estos pacientes se benefician más de técnicas malabsortivas, ya sea en uno o dos procedimientos. Sin embargo, la gastrectomía vertical podría ser una alternativa como procedimiento único en un subgrupo de pacientes. Estudiar los resultados de la Gastrectomía Vertical por Laparoscopia (GVL), como procedimiento único en pacientes con $IMC \geq 50$ Kg/m².

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un análisis retrospectivo de 82 pacientes intervenidos entre 2010 y 2015 de GVL de los cuales 27 eran súper obesos. La edad media fue de 45,4(17-62) años con una distribución por sexos de 22 hombres y 60 mujeres, un peso inicial medio de 127±22 Kg y un IMC inicial de 47±6,5 Kg/m². Se establecieron 2 grupos en función del IMC inicial (< 50 o ≥ 50 Kg/m²) y se comparó el resultado de la cirugía en cuanto a la pérdida de peso y a la resolución de comorbilidades. Se consideró un procedimiento óptimo si se conseguía un Porcentaje de Exceso de Peso Perdido (%EPP) $> 50\%$.

RESULTADOS

En el grupo de $IMC < 50$ (n=55) el IMC medio basal fue de 43±3,8Kg/m² y el %EPP a los 6 meses fue de 59± 25%, al año de 72±22%, a los 2 años de 67,5± 24%; a los 3 años de 53±25% y a los 4 años de 56±21. En el grupo de $IMC \geq 50$ (n=27) la media de IMC fue de 55±3,8 y el %EPP a los 6 meses fue de 47±17,5%, al año de 58±16% a los 2 años de 56± 22%; a los 3 años de 48,5±26% y a los 4 años de 78 ±11%. Se observaron diferencias significativas en el %EPP a los 6 meses y al año, no obstante las diferencias no fueron estadísticamente significativas a los 2 ni a los 3 años. El 87,7% de los paciente presentaba alguna comorbilidad y en el 76,7% de los casos hubo mejoría o resolución de las comorbilidades sin identificar diferencias entre grupos.

CONCLUSIONES

1. En pacientes súper obesos, la GVL como procedimiento único puede conseguir $> 50\%$ del %EPP durante los primeros 4 años.
2. En un porcentaje elevado de los casos hubo mejoría o resolución de las comorbilidades en ambos grupos.
3. En el subgrupo de pacientes superobesos que mantienen %EPP $> 50\%$ se podría evitar un segundo procedimiento bariátrico.

P-028

EFFECTOS DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA INCENTIVADA ANTES DE LA CIRUGÍA EN LA APARICIÓN DE COMORBILIDADES RESPIRATORIAS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

R. Moncada, G. Echarri, P. Duque, R. Carrillo, J. Martínez, E. Goñi, P. Rodríguez, M. Landecho, G. Frühbeck, V. Valentí

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN

La obesidad y la anestesia, junto a la cirugía abdominal tanto por laparotomía, como por vía laparoscópica, promueven la aparición de complicaciones respiratorias en el postoperatorio inmediato. Una de las complicaciones más temidas de la cirugía bariátrica, además de las fugas, son las atelectasias y problemas respiratorios derivados del acto anestésico-quirúrgico. Las estrategias ventilatorias, como la ventilación con presión positiva alta (PEEP) al final de la espiración, así como el reclutamiento alveolar tras el cese del neumoperitoneo, son acciones encaminadas a disminuir la probabilidad de aparición de complicaciones respiratorias. La fisioterapia respiratoria tras la cirugía bariátrica, resulta ser uno de los pilares de los cuidados postoperatorios. Dentro del conjunto de medidas encaminadas a mejorar el postoperatorio inmediato tras cirugía bariátrica consideramos clave la educación en el momento de la consulta pre- anestésica mediante la realización de ejercicios respiratorios con inspirón.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 160 pacientes de ambos sexos sometidos a cirugía bariátrica, tanto bypass gástrico como gastrectomía tubular en nuestro centro hospitalario. A todos ellos, se les educó en la consulta pre-anestésica mediante la realización de ejercicios respiratorios antes de la cirugía e inmediatamente después, en la sala de recuperación post-anestésica. Los ejercicios consistieron en la realización de fisioterapia respiratoria incentivada con Inspirón y mantenimiento posterior durante los días de ingreso hospitalario según protocolo del hospital. Durante el ingreso, fueron medidas las constantes vitales y parámetros respiratorios de los pacientes hasta su alta hospitalaria, posteriormente, al mes de la intervención bariátrica, los pacientes acudieron a primera revisión postoperatoria a la consulta de cirugía en los que se evaluó la función pulmonar específicamente entre otras parámetros de evolución postoperatoria.

RESULTADOS

En nuestra serie, no se reportó ningún evento respiratorio adverso ni durante su ingreso hospitalario ni durante el primer mes de la operación. Se observó una adecuada adherencia a las recomendaciones facilitadas por parte del equipo anestésico-quirúrgico.

CONCLUSIONES

La realización sistemática de ejercicios respiratorios orientados a la familiarización de los pacientes con el Inspirón antes de la cirugía, facilita la fisioterapia respiratoria eficaz e inmediata tras cirugía bariátrica, contribuyendo a aumentar los porcentajes de éxito respecto a la aparición de comorbilidades en el postoperatorio inmediato.



P-029

DESNUTRICIÓN PROTEICO- CALÓRICA SEVERA EN OBESA MÓRBIDA POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO DISTAL COMO SEGUNDO TIEMPO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

R. Pena, G. Díaz Del Gobbo, A. Ibarzábal, S. Delgado

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVO

Descripción de un caso clínico de desnutrición proteico calórica severa en paciente intervenida de bypass gástrico distal como segundo tiempo de cirugía bariátrica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 45 años con antecedente de bypass gástrico en Y de Roux (IMC 40 Kg/m²), abierto, realizado en otro centro en 2008 y posterior reganancia de peso (12 Kg). Segundo tiempo en 2011 convirtiendo a bypass distal con asa común de 70 cm. Evoluciona con múltiples deposiciones diarreicas (más de 15 al día), llevando a desnutrición proteico-calórica (prealbúmina 0.06mg/dl) en forma de edemas y anasarca, requiriendo ingreso hospitalario en tres ocasiones con nutrición parenteral y transfusiones sanguíneas. Referida a nuestro centro para cirugía de revisión, logrando alargar el asa común a 150 cm, con un asa biliar de 200 cm y alimentaria de 160 cm.

RESULTADOS

La paciente presenta mejoría clínica temporal, con disminución del número de deposiciones (alrededor de 4 al día) precisando nueva hospitalización por recurrencia de hipoalbuminemia severa dentro del primer año de seguimiento.

CONCLUSIONES

A pesar que la desnutrición proteico-calórica severa es muy infrecuente, suele asociarse a técnicas malabsortivas agresivas como el bypass gástrico distal, que debe considerarse únicamente en casos seleccionados.

P-030

FÍSTULA PERSISTENTE EN GASTRECTOMÍA VERTICAL, UNA COMPLICACIÓN DE DIFÍCIL RESOLUCIÓN

M. Allué Cabañuz, A.C. Navarro Gonzalo, B. Martínez Soriano, A. Navarro Barlés, A. Hernández Arzo, G. Pola Bandrés, E. Redondo Villahoz, M.J. Palacios Fanlo, M. Elía Guedea, M.Á. Bielsa Rodrigo

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

INTRODUCCIÓN

La Gastrectomía Vertical es una de las técnicas bariátricas más realizadas, por sus resultados de pérdida de peso y escasas complicaciones perioperatorias. La fístula de la línea de grapado es la más temida y en el 89% de los casos ocurre en la unión esofagogástrica. Como tratamiento se han descrito numerosas técnicas, mínimamente invasivas, aunque, en la mayoría de casos se requiere tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente intervenida mediante gastrectomía vertical, que presentó fístula persistente a nivel del ángulo de Hiss. Tras intentar diversas estrategias terapéuticas, requirió finalmente conversión a bypass gástrico.

RESULTADOS

Mujer 25 años, antecedentes de litiasis renal e HTA, IMC 47, 123 kg, intervenida mediante gastrectomía vertical laparoscópica. Un mes después presentó fiebre y dolor abdominal, se realiza TC y tránsito esofagogastroduodenal, no identificando fuga, pero ante la mala situación clínica se indica cirugía urgente. Mediante abordaje laparoscópico, objetivamos colección purulenta periesplénica que se drena, sin apreciarse intraoperatoriamente fuga de colorante. Un tránsito postoperatorio confirma fístula a nivel de unión esofagogástrica, se coloca prótesis esofágica (WallFlex de 15 cm). Persiste dolor abdominal y taquicardia, nuevo TAC informa colecciones abscesificadas y abundante líquido intraabdominal, por lo que se reinterviene mediante laparotomía, encontrando colección abscesificada y hematoma periesplénico. Se realiza esplenectomía, lavado y colocación drenajes con buena evolución, retirándose la prótesis y los drenajes paulatinamente. Un nuevo TAC objetiva persistencia de la fístula, que la endoscopia sitúa inmediatamente postcardial, se coloca nueva endoprótesis. Buena evolución con reintroducción de dieta oral y alta hospitalaria con posterior retirada de prótesis. Control ambulatorio con tránsito evidencia persistencia de fístula, se inyecta Gluebrán obteniendo un sellado eficaz inicialmente, con fracaso posterior. En un nuevo intento endoscópico, se coloca clip OVESCO englobando la totalidad del orificio fistuloso, pero en días posteriores resulta ineficaz. Se coloca entonces dispositivo Amplatzer de cierre percutáneo pero la paciente presenta nuevo episodio de fiebre. Estudios de imagen confirman la persistencia de la fístula y ante la complejidad de una reintervención, se coloca nueva endoprótesis, con buen resultado a corto plazo pero que fracasó meses después, por lo que se planifica cirugía de conversión, 19 meses tras GV. Se visualizó claramente trayecto fistuloso, se realizó Friedrich, sutura biplano del orificio y conversión a Bypass Gástrico (asa alimentaria 200cm), con gastrectomía parcial de cuerpo y plastia yeyunal de cobertura de la sutura de la fístula. Evolución favorable, afebril, buen paso y sin fuga en tránsito, alta al 7º día postoperatorio. Un mes después, reingresa por colección abscesificada subdiafragmática precisando antibioterapia y drenaje percutáneo. En tránsito se descartó persistencia de fístula. Revisión en consultas, asintomática, buena calidad de vida. Peso actual 80 kg.

CONCLUSIONES

La fístula tras GV es una complicación cuyo manejo debe basarse en la sospecha diagnóstica. El uso de endoprótesis y otras técnicas endoscópicas pueden ser válidas, como tratamiento precoz, sin embargo una fístula refractaria estable necesitará normalmente tratamiento quirúrgico reconstructivo que disminuya la presión intragástrica; en este caso la conversión a by-pass gástrico resultó efectiva.

P-031

MÉTODOS DE DETECCIÓN DE ESTEATOSIS HEPÁTICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

P. Palacios Gasós, A. Gonzalo Rodríguez, E. Redondo Villahoz, A. Navarro Gonzalo, B. Martínez Soriano, M. Elía Guedea, P. Carrera, T. Castiella Muruzabal, M.A. Bielsa Rodrigo, A. Güemes Sánchez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

OBJETIVO

Determinar si la esteatosis hepática puede ser diagnosticada por métodos clínicos habituales y no invasivos en una población obesa sometida a cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió una población de 43 pacientes obesos, sometidos a cirugía bariátrica en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza.

Se recogieron los siguientes valores preoperatorios:

- Parámetros clínicos: diabetes, hipertensión y dislipemia.
- Parámetros analíticos: proteínas, triglicéridos, HDL y LDL colesterol, AST, ALT, GGT y fosfatasa alcalina.
- Parámetros antropométricos: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), medida de la cintura y de la cadera, índice cintura cadera (ICC).
- Parámetros de composición corporal: bioimpedancia corporal total, agua corporal total, masa grasa, masa sin grasa, líquido extracelular y líquido intracelular. (Para ello se utilizó el sistema de medida de bioimpedancia multifrecuencia utilizado en medicina para el análisis de la composición corporal (ImpedimedImp SFB7)).
- Diagnóstico ecográfico preoperatorio de esteatosis hepática.

Los resultados obtenidos se compararon con el porcentaje de esteatosis hepática presente en la población a estudio medido mediante biopsia hepática intraoperatoria. Las mediciones se realizaron con autorización del paciente mediante consentimiento informado y con autorización del comité ético del hospital.

RESULTADOS

Se trata de una población de 43 pacientes, un 74,4% de mujeres, con edades comprendidas entre los 23 y 66 años, con un IMC medio de 44,1 kg/cm². El 30,2 % de los pacientes presentaban hipertensión arterial, el 7% diabetes y el 7% ambas comorbilidades. La ecografía diagnosticó esteatosis en el 25,6% de los casos. Los valores medios de los parámetros analíticos de la muestra se encontraron dentro de la normalidad. El 88,1 % de los pacientes de la muestra presentó esteatosis hepática mayor del 5% (valor considerado como relevante en la práctica clínica) y el 26,2% de los pacientes presentaba esteatosis hepática mayor del 30% (valores de riesgo en cirugía hepática). Las variables sexo y edad no demuestran diferencias estadísticas significativas respecto al grado de esteatosis aunque se observan mayores grados de esteatosis a medida que aumenta la edad y en varones respecto a mujeres. Los pacientes con diabetes o hipertensión arterial tienen mayores grados de esteatosis que los pacientes sin comorbilidades sin embargo estas diferencias no son significativas. Tampoco se observan diferencias significativas entre los valores de IMC (siempre mayores de 35 kg/cm²) y el grado de esteatosis. El diámetro de la cintura no permite predecir el grado de esteatosis. La ecografía no es un método sensible para la detección de esteatosis en pacientes obesos (S= 36%). Los parámetros de composición corporal y la bioimpedancia corporal total tampoco permiten medir la esteatosis hepática en la población. Los pacientes con esteatosis mayor del 30% presentan valores significativamente más altos de HDL y LDL colesterol y AST.

CONCLUSIONES

La esteatosis hepática es una enfermedad muy prevalente en la población obesa. El estudio de la misma mediante métodos no invasivos como son los estudios analíticos, ecográficos, medidas antropométricas y parámetros de composición corporal a través de bioimpedancia no es suficiente para llegar a un diagnóstico preciso en esta población.

P-032

BIOIMPEDANCIA COMO MÉTODO DE MEDICIÓN DE ESTEATOSIS HEPÁTICA

P. Palacios Gasos, A. Gonzalo Rodríguez, E. Redondo Villahoz, E. Echazarreta, B. Martínez Soriano, A. Navarro Gonzalo, M. Elia Guedea, T. Castiella Muruzabal, M.A. Bielsa Rodrigo, A. Güemes

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

OBJETIVOS

Determinar si la esteatosis hepática se puede diagnosticar de forma válida por métodos de bioimpedancia eléctrica en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

La bioimpedancia se define como la resistencia que oponen los tejidos al paso de la corriente eléctrica alterna. Esto permite utilizar el método para el estudio de la composición corporal, ya que cada tejido presenta distinto comportamiento al paso de la corriente eléctrica. Cada vez se está utilizando más en la práctica clínica habitual por su sencillez, bajo coste y habilidad teórica en diferenciar tejidos grasos de la masa sin grasa. También se han realizado estudios de bioimpedancia segmentaria, es decir, sobre porciones concretas del organismo como, por ejemplo, el hígado. Basándonos en estudios experimentales previos, se diseñó un electrodo de fabricación propia que permite medir la bioimpedancia eléctrica del hígado. Es un electrodo tetrapolar, con morfología adaptada para su uso en cirugía laparoscópica que se conecta a un aparato de medición de bioimpedancia eléctrica de uso clínico habitual (Impedimed SFB7) permitiendo medir la bioimpedancia hepática directamente apoyando el electrodo sobre su superficie. Se realizó la medición de bioimpedancia hepática con el electrodo apoyado sobre la superficie hepática durante la intervención quirúrgica de 40 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica. Se realizó también la medición de la bioimpedancia corporal total, con un sistema de cuatro electrodos colocados sobre la piel en la mano y en el pie, mediante el mismo sistema de medida, en la habitación del paciente. Se compararon los resultados de bioimpedancia obtenidos tanto en la medición corporal total (mano-pie) como en la medición intraoperatoria con el electrodo apoyado sobre el parénquima hepático con el grado de esteatosis hepática medida por estudio histológico convencional.

RESULTADOS

La medición de la bioimpedancia corporal total mediante electrodos superficiales colocados en la piel en pacientes obesos no permite discriminar el grado de esteatosis hepática. Sin embargo, se ha demostrado que existe una relación lineal directa y estadísticamente significativa entre el grado de esteatosis y los valores de bioimpedancia eléctrica cuando ésta se mide con un electrodo colocado en la superficie hepática.

CONCLUSIONES

La esteatosis hepática es la tercera causa de trasplante hepático en el momento actual, por lo que existe actualmente un interés en desarrollar métodos de diagnóstico no invasivos, económicos, accesibles y eficaces. La bioimpedancia eléctrica permite el estudio de la composición corporal en la población obesa y de la esteatosis hepática.



P-033

COMPLICACIÓN EN LA PLASTIA GÁSTRICA TRAS UNA GASTRECTOMÍA VERTICAL: ¿INFLUYE EN LOS RESULTADOS PONDERALES Y DE CURACIÓN DE COMORBILIDADES?

A. De Andrés Gómez, J. Puche, M. Bruna, C. Navarro, I. Grifo, S. Jareño, L. Gómez, A. Vázquez, M. Oviedo, P. Albors

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía vertical es uno de los procedimientos bariátricos más empleados en los últimos años. La tasa de complicaciones descritas con esta técnica es baja, siendo la fistula, la estenosis y la hemorragia de la línea de sección las más frecuentes.

OBJETIVO

Evaluar los resultados a medio plazo obtenidos en pacientes obesos mórbidos que sufrieron complicaciones en relación con el reservorio gástrico en el postoperatorio de una gastrectomía vertical laparoscópica y comparar los resultados obtenidos en este grupo frente a los pacientes con una evolución sin acontecimientos adversos.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo y comparativo de los casos intervenidos de obesidad mórbida mediante una gastrectomía vertical laparoscópica entre julio de 2006 y enero de 2016 en nuestro centro, los cuales fueron recogidos de forma prospectiva. Se evaluaron los parámetros antropométricos y las comorbilidades, analizando las posibles diferencias entre los grupos a los 12 y 24 meses de la intervención en cuanto a porcentaje de exceso de IMC perdido (PEIMCP) y la resolución o mejoría de las comorbilidades asociadas.

RESULTADOS

Se intervinieron 148 pacientes, sufriendo 12 de ellos complicaciones postoperatorias en relación con el tubo gástrico creado: 7 fugas y 6 estenosis de la plastia (en uno de los pacientes se dieron ambas complicaciones). El seguimiento medio de los pacientes fue de 25,6 meses y la tasa de seguimiento de 91,9%. Los grupos A (complicados) y B (no complicados) resultaron homogéneos en cuanto a los parámetros evaluados preoperatoriamente (edad, sexo, IMC inicial y comorbilidades previas). La mortalidad del grupo A fue 9,1 % y en el grupo B de 0 %. El PEIMCP a los 12 meses de la cirugía fue mayor en el grupo A (75,2%) frente al grupo B (69,7%) con una p de 0,05. El PEIMCP medio a los 24 meses fue de 64,6% en el grupo A y de 69,7% en el grupo B. En cuanto a la resolución o mejoría de comorbilidades (Hipertensión arterial (HTA), Diabetes, SAOS y artropatía) tampoco se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos. A los 12 meses de la intervención, la HTA resultó mejorada o resuelta en el 100% de los casos controlados del grupo A y en el 89,8% del grupo B, la diabetes en el 100% del grupo A y en el 95% del grupo B y el SAOS en el 80% del grupo A y 73,3% del grupo B.

CONCLUSIÓN

Los pacientes que sufren una complicación durante el postoperatorio inmediato en relación con la plastia gástrica creada, presentan una mayor pérdida de peso a lo largo del primer año tras la cirugía, igualándose los resultados ponderales con los de los pacientes que no presentaron complicaciones a los 2 años de la intervención. La resolución y/o mejoría de las comorbilidades no se ve influenciada por la presencia de este tipo de complicaciones.

P-034

MODULACIÓN DE LA HEMOGLOBINA CON UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

I. Oller Navarro, C. Díaz Lara, M. Díez Tabernilla, R. Calpena Rico

Hospital General Universitario, Elche

OBJETIVOS

Una de las complicaciones que se encuentra en los pacientes que van a ser intervenidos de obesidad mórbida es la presencia de un estado de malnutrición, reflejado en cifras de hemoglobina en el límite bajo de la normalidad. Estas cifras de hemoglobina preoperatoria sumadas a la propia cirugía de alto riesgo, hacen que los pacientes presenten complicaciones con una mayor frecuencia. Por lo tanto uno de los aspectos importantes a la hora de establecer un programa de prehabilitación para cirugía es la prevención y tratamiento preoperatorio de la anemia, optimizando las cifras de hemoglobina. Este control sumado al programa de ejercicios específico tendrá como objetivo mejorar las funciones de transporte de oxígeno e intentar disminuir la necesidad de transfusión de concentrados de hematíes y prevenir el desarrollo de complicaciones postoperatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo donde se ha evaluado a un grupo de pacientes con obesidad mórbida que fueron intervenidos de cirugía bariátrica. Todos los pacientes realizaron un programa de actividad física 4 meses previos a la cirugía. Se extrajeron muestras de sangre periférica para el estudio de hematimetría en dos momentos perioperatorios para cada paciente: previo al inicio del programa de ejercicios y 1 semana previa a la cirugía.

RESULTADOS

La muestra incluye 16 pacientes, todos ellos con los criterios de inclusión para cirugía bariátrica. No se encontraron diferencias entre pacientes en las variables demográficas y antropométricas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de hemoglobina previo al inicio y a los 4 meses de iniciada la actividad física.

CONCLUSIONES

El presente trabajo muestra los resultados iniciales de la implantación de una terapia prehabilitadora para cirugía bariátrica y su repercusión en la optimización de la hemoglobina perioperatoria. Destacamos que los pacientes prehabilitados mostraron mayores recuentos hematimétricos en el momento previo a la cirugía. Estos resultados plantean que la terapia prehabilitadora puede resultar en una adecuada optimización de la hemoglobina perioperatoria con la relevancia clínica que ello implica, derivando en un uso menor de recursos limitados y una disminución en los costes asociados y posibles complicaciones.

P-035

LOS RESPONDEDORES TEMPRANOS A LA PÉRDIDA DE PESO EN EL ESTUDIO SCALE OBESIDAD Y PREDIABETES LOGRAN UNA MAYOR RESOLUCIÓN DE LA PREDIABETES CON LIRAGLUTIDA 3.0 MG/DÍA QUE CON PLACEBO

F. Poyato (1), J. Wilding (2), M. Bluher (3), K. Hermansen (4), F. Greenway (5), K. Fujioka (6), B. Claudius (1), A. Le Lay (1), D.C. Lau (7)

(1) Novo Nordisk, Madrid; (2) Universidad de Liverpool, Liverpool; (3) Universidad de Leipzig, Leipzig; (4) Århus University Hospital, Århus; (5) Pennington Biomedical Research Center, Baton Rouge; (6) Scripps Clinic, La Jolla; (7) Universidad de Calgary, Calgary

OBJETIVOS

Evaluar si los respondedores tempranos a la pérdida de peso logran una mayor resolución de la prediabetes con liraglutida 3.0 mg/día que con placebo.

MATERIAL Y MÉTODOS

 El estudio SCALE Obesidad y Prediabetes investigó la pérdida de peso (PP; objetivo principal) con Liraglutida 3.0 mg (n=2487) frente a placebo (n=1244; aleatorización 2:1) y el cambio de estado prediabético tras 56 semanas. En este análisis *post-hoc* se investigó si los individuos con prediabetes (criterios ADA 2010) en el screening (liraglutida: n=1528 [61.4%] vs placebo: n=757 [60.9%]) que eran respondedores tempranos (PP ≥ 4% tras 16 semanas) y lograban una PP ≥5% o >10% en la semana 56 también tenían tasas superiores de resolución de la prediabetes con liraglutida frente a placebo.

RESULTADOS

Las características basales de las poblaciones de individuos que completaron el estudio fueron similares. Entre estos, un mayor número alcanzó una PP ≥5% o >10% en la semana 56 con liraglutida 3.0 mg (765 [50.1%] y 431 [28.2%]) que con placebo (114 [15.1%] y 55 [7.3%]), y la media de PP fue consecuentemente superior con liraglutida 3.0 mg en ambas categorías de PP. La resolución de la prediabetes a las 56 semanas fue superior en respondedores tempranos con liraglutida vs placebo: 76.9% vs 46.5% para una PP ≥5% y 82.8% vs 58.2% para una PP >10%. En general, las tasas de eventos adversos fueron similares, excepto las gastrointestinales que fueron superiores con liraglutida 3.0 mg.

Cambio medio observado desde el inicio en los parámetros secundarios de eficacia y seguridad para los respondedores tempranos con prediabetes que completaron 56 semanas

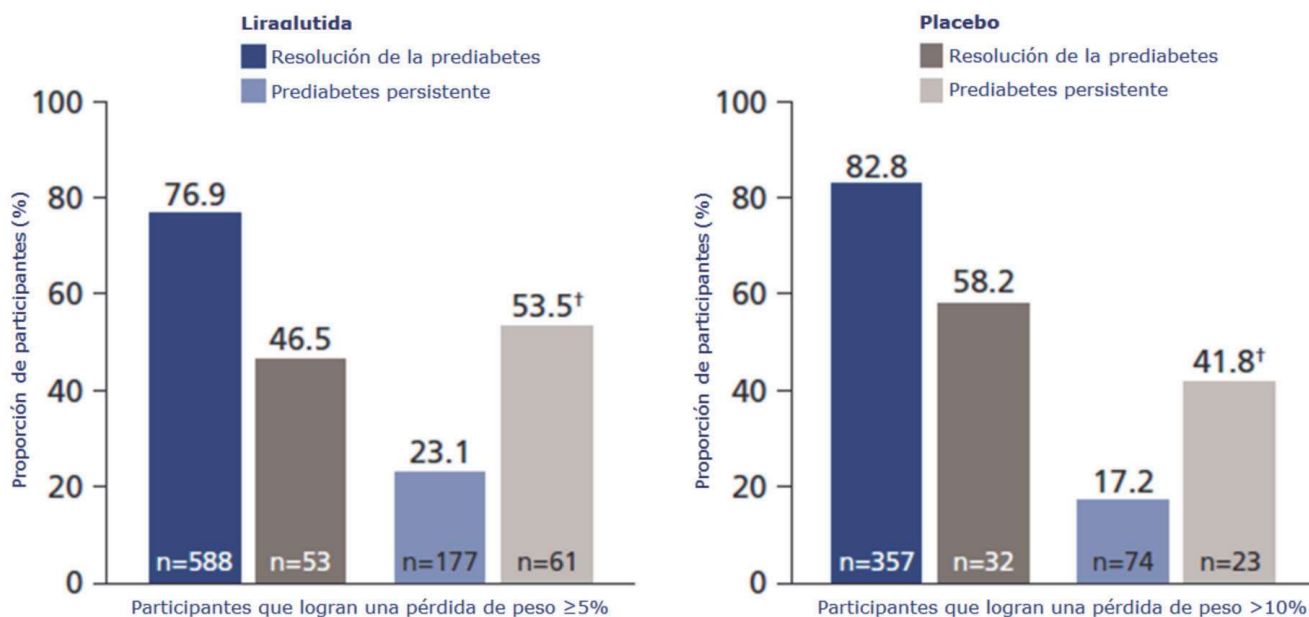
	Respondedores tempranos con prediabetes que logran una pérdida de peso ≥5% a las 56 semanas		Respondedores tempranos con prediabetes que logran una pérdida de peso >10% a las 56 semanas	
	Liraglutida 3.0 mg N=765	Placebo N=114	Liraglutida 3.0 mg N=431	Placebo N=55
Cambio desde el inicio en la HbA1c, % (SD)	-0.4 (0.3)	-0.2 (0.2)	-0.5 (0.3)	-0.3 (0.3)
Cambio desde el inicio en la GPA, mg/dL (SD)	-10.0 (10.8)	-3.3 (8.7)	-10.3 (10.1)	-4.8 (8.7)
Número de AAs, (%)	709 (92.7)	106 (93.0)	393 (91.2)	52 (94.5)
Número de AAs gastrointestinales (%)	523 (68.4)	54 (47.4)	293 (68.0)	25 (45.5)
Número de trastornos hepatobiliares (%)	28 (3.7)	2 (1.8)	19 (4.4)	2 (3.6)
Número de trastornos de la vesícula biliar (%)	25 (3.3)	1 (0.9)	18 (4.2)	1 (1.8)

Basado en el cambio medio observado desde el inicio hasta la semana 56. AAs, acontecimientos adversos, GPA, glucosa plasmén ayunas; HbA1c, hemoglobina glicosilada; SD, desviación típica

CONCLUSIONES

En comparación con placebo, un mayor número de individuos tratados con liraglutida 3.0 mg fueron respondedores tempranos, perdieron $\geq 5\%$ o $> 10\%$ de peso a las 56 semanas y lograron mayores pérdidas de peso tras 56 semanas. Los respondedores tempranos tratados con liraglutida 3.0 mg lograban además mayores tasas de resolución de la prediabetes.

Resolución de la prediabetes desde el inicio hasta la semana 56 en los respondedores tempranos que completaron las 56 semanas de tratamiento con liraglutida 3.0 mg y con placebo



Análisis conjunto completo. †Incluye un caso de diabetes tipo 2 confirmada.



P-036

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN LA POBLACIÓN ADULTA ESPAÑOLA

M. Marqueta De Salas, J. Martin Ramiro, L. Rodríguez, N. Marcelin, D. Enjuto, M. Pérez, J. Bernar, P. Díaz, N. Herrera

Severo Ochoa, Leganés

OBJETIVO

Analizar las características sociodemográficas de la población adulta española que suponen un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad. Por otro lado analizar las diferencias por sexo en cuanto a la presencia de sobrepeso y obesidad en las diferentes franjas de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal de la Encuesta Nacional de Salud del año 2012. Se calculó el Índice de Masa Corporal y se analizaron una serie de variables sociodemográficas. Se llevó a cabo un análisis de regresión logística multinomial.

RESULTADOS

En el año 2012 la prevalencia de obesidad en España fue del 18,5% y la de sobrepeso fue del 39,0%. El mayor riesgo de sobrepeso y obesidad frente al peso normal correspondió a varones, casados, entre los 65 y 74 años, en las clases sociales en que se realizan trabajos no cualificados, en las comunidades autónomas de Ceuta, Extremadura y Andalucía y en los municipios de menos de 10.000 habitantes. Por otro lado el riesgo de obesidad frente a normopeso fue más del doble en varones respecto a mujeres entre los 25 y 64 años y el riesgo de sobrepeso fue muy superior en varones en todos los grupos de edad.

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas asociadas a un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad en España han cambiado con respecto a lo publicado anteriormente. En el año 2012, la obesidad es más frecuente en varones, el pico máximo se encuentra entre los 65 y 74 años para luego estabilizarse, y la Comunidad Autónoma con mayor prevalencia de obesidad es Ceuta.

P-037

BY-PASS EXTERNO: TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO PARA LA OBESIDAD MÓRBIDA EN PACIENTES CON CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

R. Turro Arau, J.C. Espinos Pérez, J. Turro Homedes, A. Mata Bilbao, L. Armengod, M. Sánchez

Centro Médico Teknon, Barcelona

INTRODUCCIÓN

No todos los pacientes con obesidad mórbida pueden ser operados sea por limitaciones propias del sistema o del propio paciente. Presentamos los resultados del tratamiento endoscópico con el By Pass externo mediante el sistema AspireAssist® en pacientes con obesidad mórbida con limitación en la movilidad, ambos postrados en silla de rueda, y que no querían someterse a cirugía bariátrica o tenían criterios de exclusión para la misma. El sistema AspireAssist consiste en la colocación vía endoscópica de un tubo de gastrostomía (A-Tube) que unido al uso de un equipo externo, permite realizar una aspiración controlada del contenido gástrico 20 minutos tras la ingesta, eliminando hasta un 30% del contenido calórico. En nuestra unidad llevamos más de dos años realizando este tratamiento con más de 25 pacientes tratados.

MÉTODOS

Se presentan resultados de dos pacientes intervenidos en 2015. El primero (A) varón de 69 años, diagnosticado de esclerosis múltiple hace más de 5 años, postrado en silla de ruedas en los últimos 5 años y con necesidad de asistencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Peso inicial 124,8 kg, IMC 45,5 Kg/m². Una segunda paciente (B) de 62 años, intervenida de prótesis de rodilla en 2006 y que va en silla de ruedas desde entonces por gonalgia severa. Esta paciente a su vez precisa de ayuda por parte de sus familiares para los cuidados básicos. Peso inicial 151,5kg, IMC inicial 55,5 kg/m².

RESULTADOS

Paciente A a los 11 meses de tratamiento presenta % exceso de peso perdido 28,68 % y % peso total perdido 11,85 % con una medida de 3 vaciados diarios. El paciente presenta una mejora en todos los ámbitos facilitándose las transiciones y las actividades básicas de vida diaria. La paciente B a los 4 meses de tratamiento presenta %EWL 22,48 % y %TBWL de 11,97%. Destaca en su caso la mejora en la calidad del sueño, refiriendo la paciente la posibilidad de alargar el sueño hasta 5 horas sin despertarse. A su vez ha mejorado el dolor que articular que le imposibilitaba la deambulación.

No se han reportado complicaciones.

CONCLUSIONES

Los resultados de estos casos, aun siendo plazos cortos, son prometedores comparándolos con la experiencia del mismo dispositivo en otros pacientes menos complejos. Son necesarios resultados a más largo plazo para valorar la esta técnica como una buena opción terapéutica para este tipo de pacientes.

P-038

ATRAPAMIENTO INTRAOPERATORIO DE LA SONDA DE CALIBRACIÓN DURANTE GASTRECTOMÍA VERTICAL: MANEJO INTRAOPERATORIO Y COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

B. Martínez Soriano, A. Navarro Gonzalo, G. Pola Bandrés, E. Tejero Cebrián, M. Elia Guedea, A. Gonzalo Rodríguez, E. Redondo Villahoz, M. Allue Cabañuz, D. Fernández Pera, M.A. Bielsa Rodrigo

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

OBJETIVOS

La gastrectomía vertical (GV) es una de las técnicas bariátricas más realizadas en el mundo. Una de las complicaciones intraoperatorias temidas por el cirujano es el atrapamiento accidental de la sonda de calibración, una complicación poco citada en la literatura. Presentamos un caso intervenido en nuestro servicio en el que ocurrió dicha complicación, así como el manejo intraoperatorio y las consecuencias postoperatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 44 años, con antecedentes de HTA e IMC 58 que se sometió a GV. Para la calibración del tubo gástrico, se empleó una sonda hueca de Foucher de 36F. Durante la sección del cuerpo gástrico con la endograpadora, se objetivó sección parcial de la sonda de Foucher. Se procedió en ese momento a la liberación de la sonda retirando la zona de grapado. Posteriormente el defecto en la pared del tubo gástrico se suturó con puntos sueltos. Prueba de estanqueidad correcta. Dado de alta al 8º día. El paciente reingresa por intolerancia oral al día siguiente. Se solicitó tránsito digestivo en el que se observa dificultad al paso de contraste. Se solicitó gastroscopia donde se halló edema e isquemia en la zona intervenida, el endoscopio pasó hasta duodeno. Dada la persistencia de la intolerancia oral se inicia NPT y se programa para realizar cirugía de conversión a bypass gástrico, que se realiza un mes después de la primera cirugía, mediante acceso laparoscópico y asa alimentaria de 2 m. Al cuarto día se constata clínica y radiológicamente fuga de la anastomosis gastroyeyunal. Se reinterviene de urgencia realizando drenaje quirúrgico de cavidad abscesificada adyacente a curvadura mayor, objetivando intraoperatoriamente fuga de la anastomosis gastroyeyunal. Se colocaron drenajes. Se colocó prótesis endoscópica. Posteriormente la evolución fue satisfactoria. Se realizan dos valoraciones endoscópicas hasta retirada definitiva de la prótesis tres meses después de la primera cirugía.

CONCLUSIONES

El grapado accidental de la sonda de calibración es una complicación intraoperatoria asociada a la gastrectomía vertical laparoscópica. Existen escasas referencias bibliográficas respecto a esta incidencia. Una revisión reciente apunta que se han encontrado un total de 19 casos en 6 trabajos (2 son case report y 3 son análisis descriptivos de series de casos). La incidencia estimada del grapado accidental durante la GV sería del 0,45-0,8%. La experiencia en nuestro centro es de un caso sobre 200 GV realizadas, lo que supone una incidencia del 0,5%. Ciertamente, esta complicación es infrecuente puesto que ni tan siquiera artículos de consenso recientes sobre la GV hacen referencia a ella. Hay disparidad en cuanto a la resolución intraoperatoria por lo que no pueden sacarse conclusiones. En los artículos se hace referencia a gestos sencillos que pueden evitarlo: movilización de la sonda previa a cada disparo, trabajo conjunto de cirujano y anestesiólogo, utilización de sondas de calibración macizas, etc. Esta incidencia intraoperatoria derivó en una estenosis del tubo. Se han descrito múltiples opciones para tratar la estenosis del tubo gástrico: dilataciones endoscópicas, stent, seromiotomía extramucosa laparoscópica, etc. Sin embargo, probablemente la mejor opción y la más realizada, es la conversión a bypass gástrico.

P-039

GASTRECTOMÍA VERTICAL EN PACIENTE CON SITUS INVERSO

M. Jiménez Toscano, A. Otero Piñeiro, J.C. Baanante, R. Corcelles, R. Bravo, G. Díaz Del Gobbo, A. Lacy

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVOS

En comparación con el by pass gástrico, el desarrollo de la gastrectomía vertical permite al cirujano una orientación especial y anatómica más sencilla. Este hecho, unido a los buenos resultados demostrados por dicha técnica, tanto en pérdida de peso como en control de comorbilidades a largo plazo, hacen de la tubulización gástrica, una técnica óptima para aquellos pacientes con variaciones anatómicas que dificulten el procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos a una mujer de 56 años sin comorbilidades asociadas, salvo síndrome de apnea obstructiva –SAOS- leve sin precisar CPAP y con historia de obesidad mórbida tipo III -IMC 41 Kgr/m²-, cuyo tratamiento fracasó con medidas conservadoras (dieta y ejercicio). En el estudio preoperatorio se observa una pequeña hernia de hiato sin datos de esofagitis (y sin asociar clínica de reflujo en la paciente) y un “situs inversus totalis” en la ecografía. Dada la complejidad técnica que puede asociar el hallazgo de “situs inversus” se decidió llevar a cabo una gastrectomía vertical laparoscópica. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones, tutorizando la tubulización con una sonda de 54 Fr, seccionando la cámara gástrica con EndoGIA 60 y aproximando posteriormente el epiplón mayor con puntos sueltos de vicryl. La paciente presentó buena evolución postoperatoria siendo dada de alta a las 48h. Tras un año de evolución la paciente presenta IMC 26 kg/m² (68.8Kgr).

CONCLUSIONES

La técnica quirúrgica llevada a cabo en la gastrectomía vertical permite adaptarnos de forma segura en pacientes con variaciones anatómicas, incluso de gran complejidad como puede ser un “situs inversus”.

P-040

FUGA POSTGASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA RESUELTA CON TRATAMIENTO CONSERVADOR

M. Díez Tabernilla, C. Díaz Lara, I. Oller Navarro, R. Calpena Rico

Hospital General Universitario, Elche

OBJETIVOS

Presentación de un caso de fuga postgastrectomía vertical laparoscópica (GVL) resuelta mediante antibioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 38 años, que presenta IMC 43.2, HTA, SAOS e Insulinorresistencia que se interviene realizándose GVL. En el postoperatorio inmediato (<24h) presenta taquicardia y fiebre, por lo que se realiza TAC con contraste oral en el que no se identifica fuga. Los síntomas remiten y el paciente es dado de alta. El 16^a día postoperatorio el paciente acude al servicio de urgencias por febrícula de 24h de evolución sin otros síntomas. No se objetivan hallazgos analíticos significativos, pero al realizar TAC abdominal se evidencia una colección líquida de paredes finas en íntima relación con la cara lateral izda. del cardias gástrico y posterior al lóbulo hepático izdo., de aproximadamente 44x38x47mm, que asocia cambios inflamatorios de la grasa y pequeñas adenopatías locorregionales reactivas y ausencia de líquido abdominal libre ni neumoperitoneo. Se decide iniciar antibioterapia empírica y solicitar punción eco-guiada, que se programa 5 días más tarde. Dicha punción no se realiza por no identificarse dicha colección vía ecográfica, lo que se confirma mediante TAC abdominal, donde solo se identifican tres burbujas de gas libre en la zona. El paciente se mantiene estable, afebril y reanuda tolerancia sin incidencias inmediatas ni en los controles posteriores.

RESULTADOS

La presencia de fuga en la línea de sección gástrica es la complicación quirúrgica postGVL más temida, y en ocasiones puede suponer un riesgo vital para el paciente. El uso de drenajes en la línea de sección no se ha demostrado eficaz en el diagnóstico precoz de esta complicación, y las pruebas de imagen frecuentemente no la identifican. A menudo son los signos clínicos como taquicardia, fiebre o hipotensión los primeros indicadores de fuga. En muchas ocasiones esta complicación precisa de reintervención quirúrgica, drenaje percutáneo y tratamiento con endoprótesis. En este caso la ausencia de criterios de gravedad permitió el manejo conservador del paciente y se constató su resolución mediante antibioterapia empírica, sin precisar terapias más invasivas.

CONCLUSIONES

- La fuga en la línea de sección es la complicación quirúrgica más temida después de la GVL.
- Es importante vigilar en el postoperatorio inmediato del paciente los datos hemodinámicos tales como frecuencia cardiaca, tensión temperatura ó diuresis, porque a menudo son los primeros indicadores de una complicación, mientras pueden pasar desapercibidas en la pruebas de imagen.
- La estabilidad clínica del paciente y ausencia de signos de gravedad permiten en ocasiones el manejo conservador de una fuga postGVL.

P-041

TRATAMIENTO SIMULTÁNEO DE HERNIA DE HIATO GIGANTE VOLVULADA Y OBESIDAD MÓRBIDA MEDIANTE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

M.J. Palacios Fanlo (1), A. Gonzalo Rodríguez (1), M.A. Bielsa Rodrigo (1), J.M. Candéal Haro (1), J. Martínez Guillen (1), A. Navarro Gonzalo (1), B. Martínez Soriano (1), B. Calvo Catala (1), M. Allue Cabañuz (1), M. Martínez Díez (2)

(1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza; (2) Universidad Zaragoza, Zaragoza

OBJETIVOS

La obesidad mórbida (OM) constituye uno de los factores de riesgo para desarrollar una hernia de hiato. En estos pacientes, las técnicas antirreflujo convencionales para el tratamiento del reflujo gastroesofágico y la hernia de hiato tienen una alta tasa de fracaso. La evidencia científica ha demostrado que el bypass gástrico es el procedimiento de elección en los pacientes con OM. Nuestro objetivo es presentar el caso clínico de una paciente con hernia de hiato gigante con pseudovolvulación y OM a la que se realizó reparación simultánea de la hernia de hiato y bypass gástrico laparoscópico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 40 años con antecedentes de SAOS, HTA, Hipertensión intracraneal idiopática diagnosticada hace 10 años, que requirió colocación de catéter lumboperitoneal y neuroestimulador cerebral. OM de larga evolución con peso máximo de 111 kg e IMC de 44. Estudiada en Digestivo por presentar cuadro de dolor abdominal en epigastrio, seguido de vómitos (posos de café) y pirosis tratado medicamente. Se realiza gastroscopia que muestra una voluminosa hernia de hiato con mucosa preservada. El estudio gastroduodenal confirma la existencia de una hernia de hiato que incluye la práctica totalidad del estómago en situación intratorácica, exceptuando el segmento más distal del antro. Se evidencia rotación del eje del cuerpo gástrico. Desde entonces la paciente persiste con cuadro de intolerancia alimentaria, vómitos de repetición y dolor en epigastrio a pesar de toma de IBP. No refiere pérdida de peso.

RESULTADOS

La paciente es intervenida por vía laparoscópica realizándose reparación de la hernia de hiato y bypass gástrico en Y de Roux. Como paso inicial se trató la hernia hiatal, mediante devolvulación y reducción del estómago a cavidad abdominal, disección y resección del saco herniario y cierre de los pilares diafragmáticos. En segundo lugar se practicó un bypass gástrico según técnica habitual (asa alimentaria de 200 cm y asa biliopancreática de 100 cm). La anastomosis gastroyeyunal y pie de asa se realizó mediante sutura lineal mecánica. El postoperatorio transcurrió de forma favorable con buena tolerancia digestiva, ausencia de dolor y cefalea. Es dada de alta a los 4 días. Tras 3 meses de seguimiento la paciente presenta normalización de la TA, mejoría de la cefalea y de la visión periférica. Desde el punto de vista ponderal ha perdido 23 kg (IMC actual: 32,5). La tolerancia digestiva a dieta sólida es adecuada, con ausencia de reflujo, pirosis o disfagia. Se realiza tránsito intestinal de control que muestra correcta deglución y paso de contraste por esófago, con normalidad en calibre y recorrido, relleno satisfactorio del muñón gástrico así como su vaciamiento en asa anastomótica y otras asas de intestino delgado.

CONCLUSIONES

El bypass gástrico es una técnica óptima para el tratamiento simultáneo del reflujo gastroesofágico, hernia de hiato y OM. El cierre de pilares fue suficiente en nuestra paciente para la reparación del hiato no siendo necesaria colocación de una malla. La cirugía simultánea permitió el tratamiento de su clínica digestiva, obesidad consiguiendo además una clara mejoría de los síntomas derivados de su hipertensión intracraneal.

P-042

TRATAMIENTO DEL PSEUDOTUMOR CEREBRI MEDIANTE BYPASS GÁSTRICO TRAS FRACASO DE DERIVACIÓN LUMBOPERITONEAL

M.J. Palacios Fanlo (1), A. Gonzalo Rodríguez (1), M.A. Bielsa Rodrigo (1), J.M. Candeal Haro (1), A. Navarro Gonzalo (1), J. Martínez Guillén (1), B. Calvo Catala (1), B. Martínez Soriano (1), E. Redondo Villaoz (1), M. Martínez Díez (2)

(1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza; (2) Universidad de Zaragoza, Zaragoza

OBJETIVOS

La Hipertensión intracraneal benigna, idiopática o pseudotumor cerebri es una patología rara caracterizada por cefalea, disminución de la agudeza visual, papiledema, dolor ocular, fotofobia y vómitos. La etiología varía desde la obesidad mórbida (OM) hasta la ingesta de fármacos. Nuestro objetivo es presentar dos pacientes con hipertensión intracraneal asociada a OM portadoras de catéter lumboperitoneal refractarias a tratamiento, sometidas a bypass gástrico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente 1: Mujer de 40 años, antecedentes de HTA, SAOS, OM con peso máximo de 111 kg (IMC 43,3) y hernia de hiato gigante con intolerancia alimentaria y vómitos. Diagnosticada de hipertensión intracraneal idiopática hace 10 años tras presentar cefalea holocraneal, severa reducción concéntrica y bilateral del campo visual respetando la visión central y estudios complementarios compatibles (presión del LCR en la punción lumbar de 22 cmH₂O con bioquímica normal, TC y RM cerebral sin hallazgos). Fue tratada de forma repetida mediante punciones evacuadoras, diuréticos, analgésicos y corticoides con mala respuesta clínica precisando colocación de catéter lumboperitoneal y neuroestimulador occipital. Dada la persistencia de los síntomas en estos años, ingresos hospitalarios y progresiva pérdida visual es enviada para valoración de cirugía bariátrica. **Paciente 2:** Mujer de 56 años, antecedentes de DM-II, HTA, dislipemia, asma, síndrome ansioso, OM con peso máximo de 127 kg (IMC 46). Historia de cefalea occipito-temporal de larga evolución, edema de papila bilateral y pérdida de visión del ojo izquierdo siendo diagnosticada hace 6 años de hipertensión intracraneal idiopática tras punción lumbar con presión de LCR > 50 cmH₂O, TC, Eco Doppler transcraneal y RM cerebral sin apreciar patología. Se instauró tratamiento médico y colocación de derivación lumboperitoneal. Ante la persistencia de la clínica se propone realización de bypass gástrico.

RESULTADOS

Ambas pacientes fueron sometidas a bypass gástrico laparoscópico con asa alimentaria de 200 cm y biliopancreática de 100 cm. La primera paciente precisó previamente de una devolvulación y descenso del estómago a cavidad abdominal con cierre de los pilares esofágicos para tratar su hernia de hiato. La presencia del catéter lumboperitoneal no supuso mayores dificultades técnicas. El postoperatorio transcurrió de forma favorable con buena tolerancia digestiva y alta al 4º día postoperatorio. Como medida excepcional se mantuvo la profilaxis antibiótica durante 1 semana para evitar riesgos de infección del catéter lumboperitoneal. Tras 3 y 1 mes de seguimiento respectivamente, la respuesta clínica a la hipertensión intracraneal ha sido muy favorable con disminución de las cefaleas y mejoría de la visión, especialmente en la segunda paciente que refiere normalización de la visión del ojo izquierdo además de la remisión de su diabetes. Desde el punto de vista ponderal han perdido 23 y 12 kg (IMC actual de 32,5 y 34,4).

CONCLUSIONES

El bypass gástrico en pacientes con hipertensión intracraneal benigna asociada a OM se ha convertido en un pilar fundamental en el tratamiento de esta enfermedad invalidante. Estos pacientes deben ser priorizados en lista de espera para evitar la progresión de la pérdida visual con atrofia del nervio óptico y la necesidad de colocar derivaciones lumboperitoneales.

P-043

FALLO DE APERTURA DE ENDOGRAPADORA LINEAL. ¿CÓMO RESOLVERLO?

M.V. Vieiro Medina, E. Rodríguez Cuellar, M.P. Gómez Rodríguez, I. Domínguez Sánchez, D. Díaz Pérez, C. Loinaz Seguro, F. De La Cruz Vigo

12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica se ha desarrollado paralelamente al diseño de nuevo material quirúrgico y endograpadoras, su uso es cada vez más frecuente y su fiabilidad alta. Sin embargo, las grapadoras mecánicas pueden fallar provocando situaciones difíciles de solventar. Presentamos un caso de fallo de apertura de una endograpadora trisuple 60 mm, así como describir una solución segura para resolver esta eventualidad.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 45 años con obesidad mórbida (IMC: 45kg/m²), refractaria a múltiples tratamientos dietéticos. Se sometió a bypass gástrico por vía laparoscópica. Durante la confección del pie de asa, se procede a la sección del yeyuno con endograpadora lineal, posterior a realizar el disparo, no se puede llevar a cabo la apertura del dispositivo ya que se encontraba bloqueado. Para solucionar este problema se requirió otra endograpadora y con ella se procedió a la sección de ambos lados del grapado fallido. El meso adyacente se seccionó con bisturí armónico y la pieza se retiró a través del orificio del trocar de la endograpadora bloqueada.

DISCUSIÓN

Durante su utilización estas grapadoras no están exentas de fallos mecánicos, en general con baja incidencia, sin embargo, debido a su uso cada vez más frecuente, muchos pacientes todavía pueden verse afectados. Son muchos los fallos de las grapadoras documentados en la literatura, entre estos se incluyen: división sin grapado, línea de grapas defectuosa, bloqueo de la grapadora antes o después del disparo, corte parcial o ausente, daño a los tejidos cercanos durante la inserción / extracción de la grapadora o el atrapamiento del tejido en la grapadora durante la sujeción.

CONCLUSIONES

Este caso intenta alertar sobre la posibilidad de eventos intraoperatorios que pueden ocurrir, pese a la experiencia del cirujano y la evaluación previa del instrumental. En nuestro paciente la solución fue fácil y lógica porque las condiciones así lo permitían, esta misma situación podría ser más complicada de resolver en grapados de grandes vasos o en lugares anatómicos donde se dispone de segmentos limitados para su manipulación (esófago, recto bajo, grandes vasos, por ejemplo).

P-044

FÍSTULA GASTROPLEURAL EN PACIENTE OBESA MÓRBIDA INTERVENIDA DE GASTRECTOMÍA VERTICAL

P. Guarner Piquet, M. Fernández-Hevia, A. Ibarzábal, G. Díaz, R. Corcelles, S. Delgado, D. Momblán, A. Lacy

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVOS

La gastrectomía tubular es una técnica en cirugía bariátrica que cada vez se realiza con mayor frecuencia en el mundo. Este auge hace también que haya aumentado la incidencia de complicaciones relacionadas con la técnica, siendo una de ellas la fístula gastropleural secundaria a un fallo de la línea de sutura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 59 años intervenida de gastrectomía vertical por obesidad mórbida (peso inicial de 120kg, IMC 47,8 kg/m²) en 2011, sin complicaciones en el postoperatorio inmediato. A los seis meses de la intervención acude al servicio de urgencias por astenia y disnea; tras realización de estudios se diagnostica colección pulmonar asociada a fístula gastro-pleuro-pulmonar. Se intentó colocación de prótesis en dos ocasiones, con resultado fallido por migración de las mismas, por lo que finalmente se decidió un manejo conservador mediante drenaje de la colección a través de técnicas de imagen, dieta absoluta y antibióticos. La paciente evolucionó favorablemente, con correcta tolerancia a la vía oral, quedando asintomática. En pruebas de imagen de seguimiento (TC torácico) ha persistido la imagen de cavitación pulmonar, actualmente estabilizada, con resolución del trayecto fistuloso. La paciente persiste asintomática a día de hoy, realizando un seguimiento ambulatorio cada 6 meses con nuestro servicio de cirugía gastrointestinal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La fístula gastropleural como complicación tras la cirugía de gastrectomía vertical es una entidad muy poco frecuente. Hay que individualizar cada caso, ya que el manejo terapéutico varía tanto del estado del paciente, el tipo de fístula que presenta y el momento del diagnóstico de la misma. El caso presentado previamente, es el de una paciente con una fístula gastropleural crónica, con una situación clínica correcta a la que se le realiza un tratamiento conservador que tiene como resultado una resolución completa del cuadro.

P-046

DIFICULTADES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

A. Hernáez Arzoz, M. Allué Cabañuz, A. Navarro Barlés, L. Sánchez Blasco, E. Redondo Villahoz, B. Calvo Catalá, B. Martínez Soriano, M.J. Palacios Fanlo, A.C. Navarro Gonzalo, M.A. Bielsa Rodrigo

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

OBJETIVOS

Los programas de recuperación intensificada (RI), también conocidos como Fast Track Surgery, constituyen una suma de estrategias perioperatorias con carácter multidisciplinar encaminadas a mejorar los resultados quirúrgicos. La aplicación de programas de RI en cirugía bariátrica ha sido posterior a otras especialidades han favorecido su desarrollo en el paciente obeso mórbido. El objetivo de nuestro estudio fue identificar los elementos del programa de RI en cirugía bariátrica con menos tasas de cumplimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los resultados de cumplimiento de un protocolo de RI en cirugía bariátrica. Fueron analizados el grado de cumplimiento de los distintos elementos del programa y los problemas de implementación encontrados.

RESULTADOS

Durante cuatro años (2010-2014) fueron intervenidos en total 183 obesos mórbidos. A todos ellos se les realizó una gastrectomía vertical según técnica estandarizada. El 64% fueron mujeres con edad media de 44 años (26-67) y con un IMC preoperatorio medio de 48 (39-70) mg/cm². Se observaron tasas de cumplimentación del protocolo del 70% aproximadamente de los elementos del programa. La implementación de programas de RI en cirugía bariátrica se encontró con problemas relacionados con el paciente, el personal sanitario, el cambio en la práctica clínica habitual y los recursos disponibles.

CONCLUSIONES

Se ha demostrado eficaz la implementación de programas de RI en cirugía bariátrica. La implementación de un programa de RI en cirugía bariátrica requiere un equipo multidisciplinar que trabaje de forma coordinada durante todo el proceso perioperatorio. En nuestro centro la implementación del programa de RI del GERM se ha enfrentado principalmente con problemas relacionados con el personal sanitario y el cambio en la práctica clínica habitual.

P-047

NECROSIS INTESTINAL MASIVA SECUNDARIA A HERNIA INTERNA TRAS SCOPINARO

G. Pola Bandrés, I. Gil Romea, B. Martínez Soriano, M.J. Palacios Fanlo, A.C. Navarro Gonzalo, M.D.L.A. Gascón Domínguez, E. Echazarreta Gallego, M. Allué Cabañuz, L. Sánchez Blasco, M.A. Bielsa Rodrigo

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

OBJETIVOS

Presentamos el caso de una hernia interna tras bypass bilipancreático de Scopinaro, con necrosis isquémica de un tramo largo de intestino delgado. Nuestro objetivo es exponer el caso clínico, la resolución intraoperatoria y las complicaciones postquirúrgicas derivadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 31 años con antecedente de bypass bilipancreático de Scopinaro laparoscópico con preservación gástrica hace 5 años en otro centro. Peso actual de 65 kg y previo de 110. Acude a Urgencias por dolor abdominal y vómitos de 12 horas de evolución. A la exploración, sensación de masa dolorosa en FID, sin peritonismo. Analíticamente destaca acidosis metabólica y lactato de 6,7. En TC abdominal urgente: abundante cantidad de líquido libre e imagen de posible volvulación de intestino delgado. Se interviene en régimen de urgencia, hallándose necrosis masiva de intestino delgado secundaria a hernia interna a través del defecto mesentérico de la anastomosis yeyuno-ileal. Se realiza resección amplia de intestino delgado incluyendo la totalidad del asa alimentaria y parte del tramo común, en un segmento de aproximadamente 2m de longitud. Se reconstruye el tránsito revirtiendo el circuito bariátrico mediante gastro-gastrostomía (anastomosis latero-lateral mecánica entre el reservorio y el estómago excluido) y anastomosis yeyuno-ileal. La evolución postoperatoria de la paciente es satisfactoria, salvo por retraso en la tolerancia debido a edema de boca anastomótica.

RESULTADOS

La hernia interna es una de las principales causas de morbi-mortalidad en el postoperatorio tardío de la cirugía bariátrica, con una incidencia aproximada entre 0,5-6,5%. El defecto más común a través del cual puede producirse una hernia interna es el espacio de Petersen (por detrás del asa en Y de Roux). También se han descrito hernias en el defecto mesentérico de la anastomosis yeyuno-ileal y en el defecto del mesocolon transversal en los by-pass retrocólicos. Los factores que favorecen la aparición de esta complicación son la menor cantidad de adherencias generadas en cirugía laparoscópica, la dificultad del cierre laparoscópico de los defectos mesentéricos y la pérdida ponderal. La forma de presentación de este tipo de patología varía desde cuadros recurrentes de náuseas y vómitos hasta cuadros de abdomen agudo, cuando la hernia interna conlleva necrosis del segmento intestinal comprometido. En estos casos, el tratamiento consiste en la resección del segmento necrosado y el restablecimiento del tránsito, tratando respetar el circuito bariátrico. No obstante, ante resecciones masivas, está descrito en la literatura la indicación de revertir el circuito bariátrico a un circuito único ante el riesgo de síndrome de intestino corto y malnutrición secundaria.

CONCLUSIONES

La hernia interna es una complicación potencialmente grave en pacientes intervenidos de cirugía de la obesidad, habitualmente difícil de identificar, y que debe ser tenida en cuenta dada la difusión de las técnicas bariátricas. La reversión del circuito bariátrico cuando es posible es una opción en pacientes sometidos a resecciones intestinales masivas, evitando alteraciones nutricionales posteriores. Existen escasas referencias bibliográficas sobre esta cuestión en la literatura.

P-048

BYPASS GÁSTRICO TRAS DOS PROCEDIMIENTOS DE SUTURA ENDOSCÓPICA APOLLO

E. Rodríguez Cuellar, M.V. Vieiro Medina, M.P. Gómez Rodríguez, L. Brandariz Gil, M. De La Fuente Bartolomé, 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-sleeve mediante Método Apollo que presentó evolución desfavorable después de 2 años, solucionado eficazmente con realización de bypass gástrico laparoscópico.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 37 años de edad, a la que se realizó una técnica endo-sleeve (método Apollo) en dos ocasiones, en los informes aportados por la paciente se describe una reducción del tamaño de la cavidad gástrica del 45%. Dos años después la paciente acudió a nuestras consultas con IMC de 35,5kg/m², y clínica de vómitos frecuentes. Se realizó gastroscopia, la cual mostraba la presencia en la luz gástrica de restos de material de sutura sin tensión, y siendo la morfología normal. Dada la clínica, se realizó también tránsito EGD que mostró estómago con dimensiones, pliegues y curvaturas normales sin alteraciones, no estenosis a nivel de esófago, estómago y duodenal normal. Se inició manejo médico conservador y a pesar de ello la paciente persistió con la sintomatología, por esta razón se decide realizar bypass gástrico laparoscópico.

DISCUSIÓN

Los procedimientos endoscópicos han sido bien documentados en el campo de la obesidad, pero aún no han alcanzado un nivel de evidencia suficiente para ser considerados como métodos efectivos a medio y largo plazo. En vista de la contraindicación de la cirugía en muchos pacientes, estos procedimientos menos agresivos pueden ser necesarios. Actualmente los métodos endoscópicos más relevantes incluyen: balón intragástrico, la partición gástrica (Endo-plicatura), y el uso de prótesis endoluminales (Endo-barrier). La endoscopia bariátrica ha surgido para el tratamiento no quirúrgico de la obesidad. Fogel en 2008 y Brethauer en 2010 mostraron la viabilidad de la reducción del volumen gástrico de manera endoscópica, usando un dispositivo de sutura, imitando así, la anatomía quirúrgica de la gastroplastia vertical. La partición gástrica (Endo-plicatura), se realiza principalmente mediante: USGI-POSE (Primary Obesity Surgery Endolumenal) (USGI Inc., San Clemente, CA, EE.UU.) y Apollo-OverStitch (Apollo Endocirugía Inc. Austin, TX, EE.UU.). Existen varios estudios, no controlados que muestran la viabilidad de estas técnicas. Las experiencias más recientes y significativas son series de casos reportados por Espinos et al. en 2013, y López-Nava et al. (Apollo) en 2015, incluyeron 45 y 22 pacientes con un seguimiento de 6 y 12 meses respectivamente, obteniendo una media de % de pérdida de peso corporal total (TBWL) de 15 y 19% respectivamente.

P-049

FUGA TARDÍA POSTGASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA TRATADA MEDIANTE ENDOPRÓTESIS RECUBIERTA

M. Díez Tabernilla (1), C. Díaz Lara (1), L. Zubiaga Toro (2), I. Oller Navarro (1), R. Calpena Rico (1) (1) *Hospital General Universitario, Elche*; (2) *Instituto de Investigación sobre la Diabetes, Lille* **OBJETIVOS**

Presentación de un caso de fuga tardía postgastrectomía vertical laparoscópica (GVL) resuelta mediante endoprótesis recubierta.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 36 años de edad, con antecedentes de SAOS y dislipemia e IMC de 42, que es intervenido por Obesidad mórbida realizándose GVL. No presenta complicaciones en el postoperatorio inmediato por lo que es dado de alta al 2º día postoperatorio sin incidencias. El paciente acude al Servicio de Urgencias el 24º día postoperatorio por fiebre de 3 días de evolución acompañado de malestar general. En analítica a su ingreso se evidencia aumento de reactantes de fase aguda y fiebre de 38,5º C, y en TAC abdominal se aprecia llamativa cantidad de aire libre en localización extraluminal perigástrica y colección líquida con gas y sin pared, adyacente a cardias-fundus, todo ello compatible con cirugía bariátrica complicada con formación de absceso por dehiscencia de sutura. El paciente es intervenido de urgencia, con drenaje de colección purulenta retrogástrica sin evidenciar fuga en la infusión de azul de metileno. Se realiza esofagogastroduodenoscopia donde se observa línea de sutura en buen estado, excepto en la parte alta, donde finaliza la línea de sutura en la orejuela donde se observan dos orificios juntos de apenas 3-4 mm cada uno. Bajo control radioscópico se procede a la colocación de prótesis metálica totalmente recubierta de 18 cm específica para cirugía bariátrica. Los parámetros de sepsis mejoran progresivamente, aunque el paciente presenta náuseas persistentes que mejoran parcialmente con medicación. A las 4 semanas se retira la endoprótesis, sin observarse orificio de fístula previa tras retirarla. El paciente evoluciona favorablemente, y ante mejoría clínica y ausencia de signos de complicación es dado de alta, sin presentar complicaciones ni síntomas en los controles posteriores.

RESULTADOS

Se denomina “fuga tardía” aquella que se presenta más allá del 7º día postoperatorio, si bien muchas de ellas son fugas tempranas que no se manifiestan clínicamente hasta más tarde. La revisión quirúrgica es necesaria en aquellos casos en los que el paciente muestre signos de sepsis grave o inestabilidad hemodinámica. En los casos de fístula tardía la inflamación tisular frecuentemente dificulta el acceso al área quirúrgica. En los casos que se identifica la fístula se puede realizar sutura simple (aunque esta frecuentemente fracasa) o drenaje quirúrgico simple. En los casos de persistencia de fuga es necesario asociar otro tipo de terapias para resolverla. El uso de la endoprótesis recubierta es una terapia que permite el cierre de la fístula y puede evitar nuevas re-intervenciones, si bien no está exenta de riesgo y tiene un coste elevado.

CONCLUSIONES

- Ante sospecha de fuga postGVL y criterios de sepsis o inestabilidad hemodinámica la revisión quirúrgica es la primera opción.
- En casos de fístula tardía la inflamación de los tejidos puede dificultar el acceso quirúrgico y la reparación de la fístula.
- El uso de la endoprótesis recubierta puede ayudar a resolver las fístulas persistentes y evitar nuevas re-intervenciones.

P-050

FÍSTULA DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA COMPLICADA HACIA PIEL EN PACIENTE OBESA MÓRBIDA REINTERVENIDA DE GASTRECTOMÍA TUBULAR

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

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVO

Presentar el caso clínico de una paciente obesa mórbida intervenida de gastrectomía tubular (re-sleeve) con fuga anastomótica crónica y compleja.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión del registro clínico electrónico de la paciente intervenida en el Hospital Clínic de Barcelona.

RESULTADOS

Presentamos el caso de una paciente mujer de 70 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, colecistectomía e histerectomía y obesidad mórbida intervenida en 2008 de gastrectomía tubular por laparoscopia (IMC 51) con necesidad de re-tubulización en noviembre 2011 por fracaso en la pérdida de peso (IMC 37) y dilatación del estómago tubulizado. La paciente fue dada de alta sin incidencias y al 9º día postoperatorio acudió a urgencias por fiebre de 38°C, dolor epigástrico y taquicardia objetivándose una colección intraabdominal y dehiscencia del tubular por tomografía computarizada (TC). Se intentó inicialmente manejo conservador con nutrición enteral por sonda nasoyeyunal, drenaje percutáneo y antibioticoterapia. Asimismo se intentó dilatación pilórica y colocación de dos prótesis esofágicas que migraron. Al no resolverse el cuadro, se decidió realizar una laparoscopia exploradora sin lograr drenar la colección por grado de adherencias y sin lograr identificar tampoco la fistula, pero la paciente evolucionó favorablemente con dieta absoluta y antibioticoterapia pudiendo ser dada de alta con dieta oral tras realizar un tránsito que fue normal. Cuatro meses después la paciente reconsultó urgencias por tumefacción en pared abdominal y febrícula por lo que se realizó TC donde persistía la fuga anastomótica, una colección subfrénica y presencia de un trayecto fistuloso desde la colección hacia piel en el sitio del trócar en hipocondrio izquierdo. Tras optimizar el estado sistémico y nutricional de la paciente se decidió finalmente realizar una gastrectomía con esofagoyeyunostomía en Y de Roux. En el 4º día postoperatorio se realizó un tránsito esofágico corroborando correcta permeabilidad de la anastomosis por lo que se inició dieta y se decidió alta al 8º día sin incidencias. Hasta la fecha, la paciente ha presentado un seguimiento satisfactorio por más de 4 años.

CONCLUSIÓN

A pesar de considerarse la gastrectomía tubular como un procedimiento relativamente sencillo, las complicaciones como la dehiscencia de sutura, pueden llegar a ser igual o más graves y complejas que en otros procedimientos bariátricos.

P-051

HERNIA DE RICHTER EN PACIENTE OBESA MÓRBIDA INTERVENIDA DE BY-PASS GÁSTRICO TRAS GASTRECTOMÍA TUBULAR

G. Cárdenas, A. Ibarzábal, M. Hernández-Hevia, D. Momblán, R. Corcelles, G. Díaz Del Gobbo, S. Delgado, A. Lacy

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVO

Presentar el caso clínico de una paciente obesa mórbida intervenida de by-pass gástrico complicado con una hernia de Richter.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión del registro clínico electrónico de la paciente intervenida en el Hospital Clínic de Barcelona.

RESULTADOS

Presentamos el caso de una paciente mujer de 60 años con antecedentes de hipertensión, osteoporosis y obesidad mórbida, intervenida en 2008 de gastrectomía tubular por laparoscopia (peso 103 kg, IMC 47) con pérdida de peso inicial correcta pero necesidad de by-pass gástrico laparoscópico en junio 2013 por reganancia de peso (IMC 45). Cursó un postoperatorio (PO) sin incidencias por lo que se dio de alta al 2º día postquirúrgico. A los 15 días la paciente acudió a urgencias con dolor abdominal, náuseas, estreñimiento y taquicardia. La analítica sérica únicamente mostró una PCR de 30. Se realizó una tomografía computarizada donde se observó una oclusión intestinal con asa dentro de una hernia del trócar umbilical, importante neumoperitoneo compatible con perforación intestinal y moderada cantidad de líquido libre. Se intervino de urgencias encontrándose una dehiscencia de la anastomosis del pie de asa y peritonitis difusa secundaria a herniación del borde antimesentérico del asa común a través del trócar umbilical con deserosamiento y signos de sufrimiento. Se efectuaron resecciones de pie de asa e ileon terminal herniado y tres anastomosis de intestino delgado mecánicas para reconstrucción del asa alimentaria, confección del pie de asa y reconstrucción a nivel herniario, respectivamente. Cursó un PO en la Unidad de Cuidados Intensivos con necesidad de drogas vasoactivas y antibioticoterapia de amplio espectro por shock séptico refractario. El TC de control mostró una pequeña colección en pelvis que se manejó de forma conservadora con antibiótico de amplio espectro. Posteriormente ha continuado seguimiento ambulatorio durante 3 años con resolución completa del estado general y un peso actual de 59 kg con IMC de 26.

CONCLUSIÓN

La hernia de Richter es una hernia infrecuente y que resulta difícil de diagnosticar sobre todo en pacientes obesos. Este es el segundo caso de hernia de Richter tras by-pass gástrico reportado en la literatura y muestra las graves consecuencias que puede tener esta entidad en un paciente de estas características.

P-053

EVOLUCIÓN DE PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS DE PACIENTES INTERVENIDOS DE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO Y GASTRECTOMÍA VERTICAL A 6 Y 12 MESES

J.S. Chacín Coz, S. Gutiérrez Medina, I. Crespo González, J. Ruiz Tovar Polo, J. González González, A. García Muñoz Najar, C. Ferrigni González, M. Durán Poveda, C. Vázquez Martínez

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles

La prevalencia de la obesidad está aumentando de forma considerable en nuestro país. La cirugía bariátrica es una opción terapéutica cada vez más utilizada, siendo el Bypass gástrico laparoscópico (BPG) y la Gastrectomía Vertical (GV) los procedimientos más empleados en la actualidad. Análisis de la evolución de las variables antropométricas de acuerdo a técnica quirúrgica: comparar resultados ponderales así como complicaciones postquirúrgicas, días de ingreso y mortalidad en BPG y GV. Estudio descriptivo retrospectivo de los procedimientos de Cirugía Bariátrica realizados de noviembre 2012 a junio 2014 en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC, Móstoles), en la Comunidad de Madrid, enmarcado en la Unidad Multidisciplinar de Obesidad del Grupo Quirónsalud. Se recogieron datos de edad, sexo, medidas antropométricas iniciales (peso, talla, IMC), a los 6 y 12 meses de la cirugía (Porcentaje de sobrepeso perdido PSP y porcentaje de exceso de IMC perdido PEIMCP), comorbilidades asociadas, días de ingreso, complicaciones postquirúrgicas y mortalidad. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15 para la recogida de datos y análisis estadístico. Se analizaron datos de 100 pacientes de los cuales 64 eran mujeres y 36 eran hombres, con una media de edad de 44,63±10,9 años, IMC prequirúrgico 44,5±6,41 Kg/m² y con exceso de peso de 61,36±19,95 Kgs. Con respecto a la técnica quirúrgica, el 56% fueron BPG y el 44% restante GV. Al analizar ésta indicación de acuerdo a sexo, fue más frecuente el BPG en mujeres (73,4%) y la GV en hombres (75%). El 66% de los pacientes tenían comorbilidades mayores prequirúrgicas: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia y/o síndrome de apnea-hipopnea del sueño. El resto de características basales y comorbilidades previas a la cirugía bariátrica en ambas técnicas se muestran en la tabla 1. Se observaron un 11% de complicaciones postoperatorias (7% en BPG y 4% en GV), siendo las más frecuentes la fuga gastroesofágica (4 pacientes) y la infección de herida quirúrgica (3 pacientes). La mortalidad alcanzó el 1% (1 paciente sometido a GV). Tabla 2. El tiempo de estancia media fue de 5±7 días, siendo mayor en las GV (5,2±6,3 días) que en los BPG (4,9±7,7 días). Se revisó la evolución a los 6 meses de la cirugía de 72 pacientes. En esta muestra, se observó media de IMC a los 6 meses de 31,67±6,2 Kg/m², PSP de 59,51±27,9% y PEIMCP de 68,46±34,25%. Mientras que a los 12 meses de la cirugía, se obtuvieron datos de 68 pacientes, observándose una media de IMC 28,43±8,32 Kg/m², PSP de 75,63±39,8% y PEIMCP de 86,84±47,74%. El análisis de la evolución antropométrica según la técnica reveló una excelente evolución ponderal, porcentualmente más acusada en el grupo de BPG, pero sin diferencias significativas entre ambos. Tabla 3. En nuestro centro encontramos una excelente respuesta ponderal tras la cirugía cumpliendo con los criterios de calidad en cirugía bariátrica de la AEC y SECO publicadas en diciembre de 2015, con escasas complicaciones y mínima mortalidad tanto en pacientes sometidos a BPG como a GV. La realización de este estudio fue posible gracias a VEGENAT S.A.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BASALES

	BPG (n=56)	GV (n=44)	P
Media de edad	42,8	46,9	0,8
Media de IMC	42,9	46,4	<0,001
HTA	17 (30%)	22 (50%)	0,05
DM	13 (23%)	8 (18%)	0,5
DL	17 (30%)	11 (25%)	0,5
SAHS	16 (28%)	19 (43%)	0,1
Esteatosis hepática	41 (73%)	40 (90%)	0,02
SOP	5 (8%)	1 (2%)	0,1

TABLA 2. COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

BPG (n=7)	2 fugas gastroesofágicas 3 infecciones de herida quirúrgica 1 perforación gástrica 1 perforación intestinal
GV (n=4)	2 fugas gastroesofágicas 1 infección herida quirúrgica 1 hemorragia digestiva 1 infección urinaria

TABLA 3. EVOLUCIÓN A 6 Y 12 MESES

Técnica	PSP 6 meses	PEIMCP 6 meses	PSP 12 meses	PEIMCP 12 meses
BPG	66,57±32,31%	77,17±40,1%	81,03±31,38%	93,59±39,18%
GV	50,18±17,13%	56,94±19,81%	68,35±48,59%	77,77±56,75%

P-054

FÍSTULA GASTRO-GÁSTRICA TRAS MINI BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

J. Lorenzo Pérez (1), N. Cassinello Fernández (2), R. Alfonso Ballester (2), J. Ortega Serrano (2) (1) Hospital de la Ribera, Alzira, Valencia; (2) Hospital Clínico Universitario, Valencia

OBJETIVOS

Una fístula gastrogástrica (FGG) es una comunicación entre el reservorio y remanente gástricos, es una complicación poco frecuente en el Mini Bypass Gástrico/Bypass Gástrico de Una sola Anastomosis Laparoscópico (MBG-L/ BAGUA-L), apenas descrita, pero importante y ya comentado en el Bypass Gástrico en-Y- Roux (BGYR), que se suele producir tras fugas anastomóticas y conducir posteriormente a futuras complicaciones como la reganancia de peso o úlceras marginales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación, causas, y seguimiento de dos casos de FGG tras realización de MBG-L, de 42 intervenidos del 2011 al 2015.

RESULTADOS

La primera paciente, de 55 años, IMC de 49 kg/m² y dislipémica, sometida a MBG-L, siendo el test de estanqueidad con azul de metileno negativo para fugas. Al tercer día postoperatorio presenta REG junto a taquicardia y disnea, la TC evidencia neumoperitoneo y derrame pleural, confirmando la fuga anastomótica. Se rehace la anastomosis gastro-yeyunal vía abierta, tras 8 días en REA sube a planta. En planta presenta salida de material biliar por la herida, se realiza nueva TC que informa de derrame pleural bilateral más derrame pericárdico y nueva fuga anastomótica junto a colecciones intraabdominales. Con BEG de la paciente, se decide colocación de Sistema V.A.C. y drenaje de colecciones por Radiología Intervencionista. Trece días después se realiza Gastroscoopia que muestra: orificio fistuloso a 40 cm. de la arcada dentaria, se coloca Clip Ovesco y sonda de nutrición enteral, mejorando la evolución sin salida de material biliar e iniciando tolerancia oral posteriormente de forma favorable. Al alta se realiza un TGE que revela una FGG sin fuga. En consultas externas la paciente no ha presentado reganancia de peso, con buena tolerancia oral y pérdida de exceso de peso del 56%. La segunda paciente, de 53 años, IMC de 51 kg/m², con hernia de hiato y previa retirada de banda gástrica laparoscópica en 2008. Sometida a MBG-L, siendo el test de estanqueidad con azul de metileno negativo para fugas. Al quinto día postoperatorio presenta REG junto a taquicardia y se revisa en quirófano, evidenciando fuga anastomótica, se realiza sutura primaria y se deja un drenaje martín palanca, vía laparoscópica. Tras 20 días en REA, donde se realiza una Gastrostomía de alimentación al estómago remanente, sube a planta, presentando buena evolución y es dada de alta 5 días después. Durante el seguimiento en consultas externas, se realiza Gastroscoopia que muestra un orificio fistuloso de 18 mm de diámetro, no susceptible de tratamiento endoscópico, posteriormente se realiza un TGE que revela una FGG sin fuga. La paciente no ha presentado reganancia de peso, con buena tolerancia oral y pérdida de exceso de peso del 62%.

CONCLUSIONES

La FGG es una complicación inusual del MBG-L, suele ocurrir tras complicaciones como la fuga anastomótica, otras etiologías incluyen la división gástrica incompleta, úlceras marginales, obstrucción distal, y la erosión por cuerpos extraños. La endoscopia es diagnóstica pero su eficacia terapéutica es muy baja. El tratamiento de la FGG se basa en la resolución de los síntomas y vigilancia de la pérdida de peso.

P-055

A PROPÓSITO DE UN CASO “OBSTRUCCIÓN INTESTINAL PRECOZ POR BEZOAR TRAS BY-PASS GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA”

E. Delgado, G. Díaz del Gobbo, A. Ibarzabal, R. Corcelles, A. Lacy

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

OBJETIVO

El objetivo de esta presentación es mostrar un caso atípico de obstrucción intestinal aguda tras by-pass gástrico por laparoscopia (BPG) y su resolución quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 42 años con obesidad tipo III e índice de masa corporal de 41 kg/m² que fue intervenida en Octubre de 2011 de una BPG por laparoscopia. Entre los antecedentes médicos de la paciente, destacaban una diabetes mellitus insulino dependiente, hipotiroidismo primario y dislipemia. A las 48h de la intervención, la paciente presenta un empeoramiento clínico con vómitos y dolor abdominal en hipocondrio izquierdo. La analítica de sangre mostraba parámetros de sepsis. A las 48h de la intervención, la paciente presenta un empeoramiento clínico con vómitos y dolor abdominal en hipocondrio izquierdo. La analítica de sangre mostraba parámetros de sepsis (PCR de 9 mg/L con leucocitosis de 14.000). Se realizó un TAC urgente con administración de contraste oral observándose importante distensión gástrica, duodenal y yeyunal hasta el pie de asa. Distal al pie de asa también se observaba distensión de intestino delgado con un cambio de calibre, sugestivo de brida postquirúrgica. No se observaba distensión del asa yeyunal alimentaria anastomosada al muñón gástrico ni pneumoperitoneo. Ante estos hallazgos se decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente.

RESULTADOS

La cirugía urgente consistió en una laparoscopia exploradora por sospecha de oclusión intestinal. Durante la intervención se identificó la causa de la obstrucción por bezoar a nivel del ileón distal. Se realizó enterotomía con extracción del bezoar y posterior gastrostomía descompresiva para drenaje del remanente gástrico. El curso postoperatorio fue satisfactorio sin incidencias a destacar.

CONCLUSIONES

La oclusión intestinal tras BPG por laparoscopia secundaria a bezoar es una complicación infrecuente que puede ser tratada por laparoscopia. La descompresión del remanente gástrico es mandatoria en toda oclusión intestinal con dilatación del asa biliopancreática y remanente.

P-056

PINZA AORTOMESENTÉRICA EN PACIENTE INTERVENIDO DE BY-PASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX POR OBESIDAD MÓRBIDA

P. Guarner Piquet, M. Fernández-Hevia, J.C. Baanante, A. Ibarzábal, G. Díaz, R. Corcelles, D. Momblán, S. Delgado, A. Lacy

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

La pinza aorto mesentérica o síndrome de Wilkie es un cuadro poco frecuente causado por la compresión de la tercera porción duodenal del duodeno por la arteria mesentérica superior (AMS) en su salida de la aorta. Se suele presentar tras pérdidas importantes de peso o procesos que alteren dicho ángulo entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Es una complicación oclusiva poco frecuente tras cirugía bariátrica en comparación con otras causas (estenosis, hernias internas o adherencias) pero que se ha descrito en la literatura. Se caracteriza por dolor postprandial persistente y náuseas. Radiológicamente se identifica una distensión del remanente gástrico y el diagnóstico se confirma al medir el ángulo entre la aorta y la arteria mesentérica superior. El tratamiento de estos casos ha variado desde el manejo conservador con alimentación parenteral al tratamiento quirúrgico (lisis ligamento Treitz, gastrostomía o bypass).

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente confinado de 22 años intervenido de by-pass gástrico en Y de Roux en 2004. Tras siete años de seguimiento y controles correctos, consulta a urgencias en 2011 por cuadro de dolor abdominal, sospechando cuadro suboclusivo por hernia interna, por lo que es intervenido realizándose una laparotomía exploradora, que descarta tal diagnóstico. Posteriormente, el paciente presenta una evolución favorable siendo dado de alta. Consulta de nuevo al cabo de 5 días por nueva exacerbación de la sintomatología, que requiere una nueva intervención, hallando peritonitis plástica. Se liberan adherencias, comprobando buen paso a nivel de las anastomosis. En el postoperatorio el paciente empeora clínicamente, y se realiza prueba de imagen (TC abdominal), que describe dilatación del remanente gástrico así como del asa duodenal, mientras que el reservorio gástrico y el asa alimentaria no están dilatadas. Dados los hallazgos, se decide realizar una gastrostomía percutánea bajo control radiológico, pasando contraste a su través y hallando una imagen sugestiva de compresión aortomesentérica en la tercera porción duodenal. Posteriormente el paciente evolucionó correctamente, cursando seguimiento durante 3 meses, tras los cuales se realizaron controles mediante tránsito gastroduodenoyeyunal y TC abdominal comprobándose la resolución del cuadro, por lo que se cerró la gastrostomía sin incidencias.

CONCLUSIONES

La pinza aorto-mesentérica es una complicación obstructiva muy poco frecuente tras cirugía bariátrica pero que debe tenerse en cuenta, especialmente tras pérdidas importantes de peso. Existen casos en la literatura y el tratamiento no está claro. Presentamos este caso como alternativa del tratamiento mediante procedimiento guiado por radiología.

P-057

ANILLO DE FOBI EN CIRUGÍA DE REVISIÓN POR REGANANCIA PONDERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. García Navarro, K. Muffak Granero, J.H. Valdivia Risco, C. Navarro Rivero

Hospital Vithas Nuestra Señora de la Salud, Granada

OBJETIVOS

Comunicar nuestra experiencia en resultados a corto plazo de cirugía de revisión de by-pass gástrico por pérdida insuficiente y reganancia ponderal, empleando el GaBP ring o anillo de Fobi.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 47 años de edad que había sido intervenida en 2004 por obesidad mórbida con IMC de 45 kg/m² realizándole un by-pass gástrico laparoscópico con asa alimentaria de 200 cm. En los dos primeros años pérdida ponderal con descenso de 10 puntos de IMC. Posteriormente la paciente abandona el seguimiento y progresivamente recupera todo el peso perdido. Acude a nuestra consulta diez años más tarde con IMC de 48 kg/m² y patología osteoarticular limitante. En estudio se realiza endoscopia digestiva alta y tránsito baritado apreciando importante dilatación del reservorio gástrico así como de la boca anastomótica. Tras optimización preoperatoria la paciente es sometida a cirugía de revisión realizando reducción del reservorio gástrico sobre sonda de Foucher 36 Fr y anillado del mismo con anillo de Fobi de 7 cm.

RESULTADOS

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones siendo dada de alta hospitalaria al tercer día postoperatorio. No complicaciones diferidas. A los nueve meses de seguimiento la paciente ha experimentado pérdida ponderal de 138 a 90 kg y un descenso de IMC hasta 31,5 kg/m² y un porcentaje de sobrepeso perdido del 86%. No vómitos. No disfagia. No alteraciones analíticas.

CONCLUSIONES

Aunque hay que esperar a los resultados a largo plazo, los resultados preliminares hacen del anillo de Fobi una alternativa a tener en cuenta a la hora de decidir un procedimiento de revisión en los pacientes con fracaso de cirugías previas.

P-058

DESCRIPCIÓN DEL MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO ACADÉMICO

P. Duque, G. Echarri, J. Martínez, V. Valentí, R. Callejas, E. Goñi, P. Rodríguez, R. Moncada

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

OBJETIVOS

Revisar y describir el manejo anestésico intraoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, identificar las complicaciones generales y necesidad de traslado a UCI, comparándolas con series previamente descritas.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a cirugía bariátrica laparoscópica en la Clínica Universidad de Navarra, en el periodo comprendido desde Marzo del 2014 a Marzo del 2016.

RESULTADOS

En total fueron intervenidos 124 pacientes, de los cuales, 89 (71,7%) mediante bypass gástrico y 35 (28,2%) mediante gastrectomía tubular. La edad media fue de $48 \pm 10,8$ años. El 74.1 % de los pacientes intervenidos fueron mujeres. El 67.7% de los pacientes estaban clasificados como ASA 2 y el 32.2% como ASA 3. Según la clasificación de la OMS para la obesidad, 49 pacientes (39,5%) tenían obesidad grado III, 29 pacientes (23,3%) grado II, 24 pacientes (19,3%) grado I, 18 pacientes (14,5%) obesidad IV y 4 pacientes (3,2%) con sobrepeso. El tiempo medio de inducción anestésica (periodo que comprende canulación vascular, monitorización, preoxigenación e hipnosis) fue de $27,2 \pm 12,2$ minutos. La intubación se llevó a cabo en el 91.2% de los pacientes según el protocolo de nuestro centro, con el paciente sentado y mediante el dispositivo Airtraq (laringoscopia óptica desechable), el resto fueron intubados de manera convencional. El tiempo quirúrgico (tiempo entre la primera incisión y el fin de sutura) medio fue de 142 ± 44.4 minutos. Con una diferencia de 20 minutos entre los ASA 3 (156 minutos) y los ASA 2 (136 minutos) ($p=0.016$). Por el contrario no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo quirúrgico y el grado de obesidad. El tiempo de recuperación anestésica (tiempo entre fin de sutura hasta que el paciente recupera la consciencia, la respiración y es extubado) fue de $16,6 \pm 7,9$ minutos. Con una diferencia de 3,7 minutos entre los ASA 3 (19,1 minutos) y los ASA 2 (15,4 minutos) ($p=0,014$). No se encontraron complicaciones anestésicas intraoperatorias y ningún paciente requirió traslado a la UCI.

CONCLUSIONES

La tasa de éxito de intubación siguiendo el protocolo anestésico de nuestro centro fue del 100%. Los tiempos de inducción y recuperación anestésica son comparables a series previamente descritas, destacando las diferencias según el ASA. A diferencia de otras series no se encontraron complicaciones anestésicas ni la necesidad de traslados a UCI.

P-059

GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS?

M.J. Carrillo López, R. González-Costeá, N. Torregrosa, M.D. Balsalobre, M.A. García, F.J. Espinosa, S. Gálvez, Á. Martínez, P. Rodríguez, J.L. Vázquez

Hospital Santa Lucía de Cartagena, Cartagena

OBJETIVOS

La obesidad mórbida afecta al 17% de la población occidental adulta. La cirugía bariátrica es la mejor opción para conseguir el descenso de peso a largo plazo, así como la reducción de las comorbilidades. La GVL surgió como 1º paso quirúrgico para pacientes superobesos y de alto riesgo. Posteriormente ha sido descrita como único procedimiento con múltiples indicaciones. Se trata de una alternativa eficaz, consiguiendo una pérdida del exceso de peso del 60-70% a los 3 años. Presentamos 6 casos intervenidos en nuestro hospital con complicaciones precoces de 158 pacientes (3,7%).

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: Varón de 62 años con postoperatorio sin incidencias. Reingresa a los 25 días de la cirugía por dolor abdominal, vómitos y febrícula, con leucocitosis y neutro filia. Un eco-TAC abdominal informa de gran colección intraabdominal, drenándose radiológicamente. El paciente presenta buena evolución con nutrición enteral mediante sonda nasoyeyunal, siendo alta a los 37 días. Caso 2: Varón de 34 años, dado de alta al 4º día postoperatorio sin incidencias. Reingresó al 8º día con dolor abdominal, fiebre, leucocitosis y MEG. Tras TAC abdominal y TEGD, se decidió laparoscopia exploradora urgente evidenciando peritonitis difusa. En el postoperatorio inmediato se confirmó la fistula mediante azul de metileno. Tras 10 días con nutrición enteral se le realizó endoscopia apreciándose orificio fistuloso y colocándole un clip. El paciente fue alta tras 28 días de ingreso. Caso 3: Mujer de 50 años, a la cual se convirtió a laparotomía subcostal bilateral por sangrado esplénico, realizando esplenectomía. Al mes reingresa diagnosticándose de fuga gástrica, colocándose prótesis endoscópica y drenaje radiológico. Caso 4: Mujer de 55 años, al 2º día postoperatorio comienza con vómitos, siendo diagnosticada mediante TEGD y endoscopia de vólvulo gástrico. Se le realizó laparoscopia exploradora urgente realizando la desvolvulación y la fijación del estómago. Tras buena evolución fue alta tras 8 días. Caso 5: Mujer de 60 años, presenta al 2º día postoperatorio fiebre y dolor en hipocondrio derecho. El TAC abdominal informa de fuga a nivel astral. Es reintervenida mediante laparoscopia evidenciando fuga a nivel del antro, realizándose sutura de la misma. Al 9º día postoperatorio se detecta salida de contenido gástrico por drenaje, se reinterviene realizando antrectomía y reconstrucción gastroyeyunal. Evoluciona favorablemente, siendo alta tras 15 días. Caso 6: Mujer de 47 años, presentó postoperatorio sin incidencias. 3 días tras el alta reingresa por fiebre y dolor abdominal, con neutrofilia y PCR elevada. El TAC abdominal evidencia fuga gástrica a nivel del cardias. El tratamiento fue drenaje radiológico de colección intraabdominal y colocación de prótesis endoscópica.

RESULTADOS

A pesar de ser una técnica relativamente sencilla, la GVL está asociada a una morbilidad importante, como torsión del tubo gástrico, estenosis, fallo de la línea de grapas con dehiscencia, y fistula de la misma, como la más frecuente y grave. La cirugía temprana en estas complicaciones está asociada a mejores resultados y pronta curación, siendo obligatoria en el caso de síntomas de alerta en el postoperatorio (taquicardia, fiebre). Actualmente existe la posibilidad de un manejo médico conservador de estas complicaciones: drenajes radiológicos, nutrición a través de sonda nasoyeyunal, y colocación de clips, selladores y/o prótesis endoscópica recubierta.

CONCLUSIONES

La complicación más frecuente de la GVL en nuestro hospital es la fuga gástrica a nivel del ángulo de Hiss, que en ocasiones se trató con cirugía precoz y en otras pudo manejarse de forma conservadora mediante prótesis y clips endoscópica. Otra rara complicación fue la torsión del tubo gástrico, que precisó cirugía urgente. Cuando es necesaria cirugía, debe ser precoz. El tiempo del cierre de la fuga es variable, prolongando sustancialmente la estancia hospitalaria.

P-060

INFARTO ESPLÉNICO TARDÍO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Soriano Giménez, D. Ruiz De Angulo Martín, V. Munítiz Ruiz, P. Jimeno Griñó, M.D.L.Á. Ortiz Escandell, L.F. Martínez De Haro, V. López López, P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

OBJETIVOS

La gastrectomía vertical laparoscópica es como una técnica eficaz para el tratamiento de la obesidad mórbida debido a su escasa moribomortalidad. Entre sus complicaciones destacan la dehiscencia de línea de sutura, y otras como el infarto esplénico. Comentamos un caso clínico de infarto esplénico tras gastrectomía vertical laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 45 años con un IMC de 37.8Kg/m², diabético tipo 2 desde hace 15 años, insulinizado desde hace 5, con una glucemia en ayunas en torno a 140mg/dl, una HbA1c de 7.3mg/dl y que presentaba microangiopatía y nefropatía diabéticas. Se practico Sleeve laparoscópico y fue alta hospitalaria a las 48 horas. 1 mes después acude por dolor epigástrico y fiebre de hasta 40°C. Se apreció una colección postquirúrgica, y se descartó fuga. El bazo era normal. Se trató con drenaje radiológico. A los 9 meses consultó nuevamente por dolor epigástrico y en hipocondrio izquierdo, asociando febrícula. TC toraco-abdominal aprecia imágenes compatibles con infartos esplénicos. Actualmente paciente permanece asintomático un año tras la intervención quirúrgica.

RESULTADOS

La gastrectomía vertical laparoscópica es uno de los procedimientos de cirugía bariátrica más populares en todo el mundo. Entre las complicaciones menos frecuentes se encuentra el absceso y el infarto esplénico. Cursa normalmente de manera asintomática, pudiendo provocar fiebre y dolor. El tratamiento inicial debe ser conservador. Solo en casos seleccionados, estaría indicada la esplenectomía.

CONCLUSIONES

El infarto esplénico suele ser una complicación precoz, pero no podemos obviarlo a largo plazo en pacientes con fiebre persistente y dolor abdominal tras gastrectomía vertical laparoscópica.

P-061

HERNIA INTERNA POSTERIOR A RECONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL A BYPASS GÁSTRICO

S. Espinoza Villalobos, B. De Lacy Oliver, G. Díaz Del Gobbo, R. Corcelles Codina, R. Bravo Infante, A.

Lacy Fortuny *Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona*

OBJETIVOS

El bypass gástrico sigue siendo la técnica de elección en la cirugía bariátrica. Sin embargo, no está exento de complicaciones, entre las cuales destaca la hernia interna. Se trata de una patología grave cuya incidencia varía entre el 0.9 y el 4.5%, que puede resultar en obstrucción intestinal, isquemia y requerir reintervención. Puede sucederse a través de los defectos mesentéricos de la anastomosis yeyuno-yeyunal, del orificio transmesocólico o del espacio de Petersen. Nuestro objetivo es presentar un caso de bypass gástrico complicado con una hernia interna por un espacio no descrito previamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un varón de 45 años con antecedentes de obesidad mórbida con un IMC de 40Kg/m², por lo que en 2012 se le realizó una gastrectomía vertical por laparoscopia. Como complicación desarrolló enfermedad por reflujo gastroesofágico con un score de DeMeester de 32.7, indicando de nuevo tratamiento quirúrgico laparoscópico con conversión a bypass gástrico. Como es costumbre en nuestro centro, se dio un punto de sutura entre el inicio del asa alimentaria y el remanente gástrico para prevenir futuras torsiones o tensiones. De esta forma se originó un espacio virtual. Días después de la intervención, aún ingresado, el paciente presentó clínica de obstrucción intestinal alta. Ante la sospecha de hernia interna se decidió realizar una laparoscopia urgente, evidenciando herniación de toda el asa alimentaria hasta el pie de asa por el espacio virtual comentado. Se redujo todo el contenido herniario y se colocó el asa alimentaria en correcta posición, objetivándose adecuado paso del contenido intestinal hacia el asa común. Para evitar futuras recurrencias, se decidió cerrar el espacio virtual con una sutura continua. En el postoperatorio el paciente se diagnosticó de dehiscencia de la anastomosis gastro-yeyunal y de fistula gastro- gástrica, requiriendo una nueva laparoscopia para drenaje de una colección y abundantes lavados. La anastomosis se encontraba cubierta por el remanente gástrico y el epiplon mayor.

RESULTADOS

La evolución del paciente fue correcta posterior al Bypass gástrico posteriormente, el paciente se reinterviene cuadro de oclusión, en este caso secundario a una brida que actuaba como eje sobre el asa alimentaria y la hacía girar en sentido anti-mesentérico. Se pudo tratar mediante una nueva laparoscopia y lisis de la adherencia. No obstante, persistía la fistula gastro-gástrica, probablemente perpetuada por el último cuadro de obstrucción intestinal. En fibrogastroskopias de control no se evidenciaron estigmas de úlceras en el remanente gástrico. Sin embargo, se ha podido evidenciar un ligero aumento de peso en el paciente. Actualmente el paciente está en seguimiento para valorar la evolución clínica y la necesidad de revisión quirúrgica de la fistula.

CONCLUSIONES

Una hernia interna puede manifestarse desde molestias abdominales intermitentes hasta auténticos cuadros de oclusión que requerirán una laparoscopia exploradora. En pacientes intervenidos de bypass gástrico, se debe tener en cuenta un cuarto espacio potencial de hernia interna, de ahí la gran importancia de tener sospecha clínica de esta complicación.

P-062

PERFORACIÓN DEL ASA EFERENTE DE LA ANASTOMOSIS GASTROJEJUNAL DE CIRUGÍA BARIÁTRICA DE SCOPINARO

C. Maillo Oliva (1), R. Abreu (1), M.D.J. Oliveira (1), C. Martins Soares (1), R. Ribeiro (2)

(1) *Lusitadas Lisboa, Lisboa*; (2) *Curry Cabral, Lisboa*

OBJETIVOS

Los enfermos operados por obesidad mórbida están expuestos tanto a complicaciones propias de este tipo de cirugías, como a otras más inespecíficas. Están descritas complicaciones quirúrgicas de la cirugía bariátrica como las hernias internas, úlceras de la anastomosis o estenosis entre otras.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos el caso de una mujer de 61 años operada a Scopinaro en 2012, con antecedentes de colecistectomía y depresión. Refiere quejas de dolor en los cuadrantes derechos de 15 días de evolución agravado en los últimos 2 días con vómitos e intolerancia alimentar. TAC: distensión del remanente gástrico, asociado a aparente disminución de calibre y espesamiento parietal de la zona anastomótica y asa eferente, con densificación de la gordura adyacente a estas. Imagen de densidad aérea.

RESULTADO

Fue operada de forma urgente confirmándose una perforación encubierta del asa eferente de la anastomosis a unos 10 cm de la misma. Se realizó resección de la anastomosis incluyendo el asa con la perforación con realización de una nueva gastrojejunostomía. El estudio anatomopatológico confirmó tratarse de una perforación del asa eferente.

CONCLUSIÓN

Esta perforación de etiología incierta (úlceras, cuerpo extraño), no puede considerarse como específica de la cirugía bariátrica. Sin embargo, el tipo de cirugía realizada junto con la tipología de enfermos que tratamos, no excluye que pueda haber existido un nexo causal más directo.



P-063

FALLO HEPÁTICO FULMINANTE TRAS BYPASS GÁSTRICO

L. Casalduero García, J. Mínguez García, A. Hernández Matías, C.J. Gamo Albero, A. Bertomeu García, J.C. Ruiz De Adana Belbel, J.M. Jover Navalón

Hospital Universitario de Getafe, Getafe

INTRODUCCIÓN

La obesidad mórbida es un factor de riesgo para enfermedades hepáticas, siendo la incidencia de esteatosis de un 70 a 80%. Aunque el tratamiento quirúrgico de la obesidad es eficaz sobre la esteatosis a corto plazo, sus efectos sobre el hígado no se han establecido convincentemente y podría aumentar la toxicidad de ciertos fármacos al disminuir su metabolismo hepático. El fallo hepático agudo (FHA) es poco común pero catastrófico, con una tasa de mortalidad de hasta el 85%.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 45 años con AP de hábito enólico e intervenida de bypass gástrico en 2010, que acude a urgencias por dolor abdominal y malestar general de 48 horas de evolución, se le solicita un TAC abdominal (Trasposición de vasos mesentéricos y mínima dilatación de pie de asa. Edema periportal y líquido libre perihepático. Riñones hipoperfundidos y edematosos). La paciente se inestabiliza y se decide realizar intervención quirúrgica urgente.

RESULTADOS

En la cirugía no se objetivan signos de sufrimiento de asas, se descarta la posible hernia interna y se realizan tomas de biopsias hepáticas. La paciente presenta, fracaso renal, hepático y hematológico con necesidad de drogas vasoactivas, pese a las medidas de soporte fallece a los 3 días de ingreso en UCI. Los resultados de anatomía patológica objetivan un hígado de shock con predominio esteatósico microvascular compatible con hepatitis tóxico- medicamentosa.

CONCLUSIÓN

Actualmente las técnicas quirúrgicas utilizadas en cirugía bariátrica se consideran bastante seguras, se han remitido casos de fallo hepático fulminante, sin aclarar si su etiología se relaciona con la progresión de una esteatohepatitis previa, o puede haber otros factores relacionados con el aumento de la absorción de ciertos fármacos con metabolismo hepático. Se desconocen los factores que pueden influir en que ocurran estas complicaciones, son necesarios estudios prospectivos a largo plazo que ayuden a determinar la influencia de las mismas.

P-064

LA PRESENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO II SE ASOCIA A UN DESCENSO EN LA CANTIDAD DE CÉLULAS PRECURSORAS DE ADIPOCITOS EN TEJIDO ADIPOSO VISCERAL DE PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS

J. García Rubio, F. Tamayo Pozo, A. Cózar Ibáñez, A. Carazo Gallego, M. Caba Molina, J. Salmerón Escobar, J.A. Jiménez Rios, M.L. Fernández Soto

Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada

OBJETIVOS

Según la hipótesis del límite de expansión, la disminución de la capacidad para expandir el tejido adiposo, más que el grado de obesidad en sí, es el elemento clave que conecta un balance energético positivo con el desarrollo de patologías asociadas a la obesidad. Cuando la capacidad de expansión del tejido adiposo está “exhausta” los lípidos derivados de la dieta son acumulados ectópicamente en otros órganos (como hígado, músculo y páncreas) en los que, mediante mecanismos de lipotoxicidad, se favorece el desarrollo de alteraciones metabólicas. En este contexto, la capacidad de expansión del tejido adiposo puede estar determinada por el tamaño del reservorio de células precursoras de adipocitos. El objetivo de la presente comunicación es relacionar la cantidad de células precursoras de adipocitos (expresado en células por gramo de tejido) con la presencia de diabetes mellitus tipo II (DMT-II), en una cohorte de pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha analizado una cohorte de 51 obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica en el Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Durante el transcurso de la cirugía se obtuvieron muestras de tejido adiposo subcutáneo y tejido adiposo visceral (epiplon mayor) cercano al estómago. Las células no adiposas del tejido (fracción vascular estromal, FVE) se obtuvieron mediante digestión con colagenasa y centrifugación. La FVE se analizó mediante citometría de flujo multiparamétrica. Las poblaciones de células precursoras de adipocitos se definieron mediante la presencia de los marcadores de superficie CD34, CD90 y CD73 y la ausencia de CD45 y CD31. Un patrón interno, compuesto por un número conocido de micropartículas autofluorescentes, se añadió al inicio del aislamiento de la FVE. El patrón interno permite la cuantificación de las poblaciones celulares en valores absolutos (células por gramo de tejido adiposo).

RESULTADOS

22 pacientes (43 %) mostraron DMT-II. En grasa visceral, la cantidad media de preadipocitos descendió significativamente ($P < 0,01$) a casi la tercera parte en pacientes diabéticos (80.000 células/gramo de tejido en pacientes con DMT-II versus 220.000 células/gramo de tejido en pacientes sin DMT-II). En grasa subcutánea se apreció un descenso de la cantidad media de preadipocitos en pacientes diabéticos (47.000 células/gramo de tejido en pacientes con DMT-II versus 65.000 células/gramo de tejido en pacientes sin DMT-II) aunque sin alcanzar significancia estadística. En todos los pacientes, la cantidad de preadipocitos fue superior en el tejido adiposo visceral respecto al subcutáneo.

CONCLUSIONES

Nuestros datos aportan nuevas evidencias a favor de la hipótesis del límite de expansión del tejido adiposo y resaltan la importancia de los depósitos de tejido grasa visceral en el desarrollo de DMT-II asociada a obesidad.

P-065

RABDIOMIOLISIS EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA: UNA COMPLICACIÓN A TENER EN CUENTA PARA UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

C. Ferrigni González, J. González González, J. Ruiz-Tovar Polo, A. García Muñoz-Najar, B. Manso Abajo, O. Cano Valderrama, A. Gomez Olmedo, M. Itza, D. Alias Jiménez, M. Durán Poveda

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles

INTRODUCCIÓN

La rabdomiólisis(RML) por compresión prolongada intraoperatoria es una amenaza potencial en el postoperatorio de la cirugía bariátrica. Su incidencia en cirugía bariátrica alcanza hasta el 22%. La gravedad varía desde elevaciones asintomáticas de enzimas musculares hasta casos mortales asociados a necrosis muscular extensa, síndrome compartimental, insuficiencia renal aguda y fallo multiorgánico. Los factores de riesgo reconocidos para RML postoperatoria son la duración de la cirugía y la obesidad severa.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 50 años con antecedentes personales de DM tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia y SAOS. Al momento de la cirugía peso de 164Kg con IMC de 55, como antecedente quirúrgico colocación de banda gástrica ajustable hace 12 años. Se realiza retirada de banda y bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico. La cirugía transcurrió con normalidad con un tiempo total de 180 minutos. Durante el primer día de postoperatorio refiere dolor intenso en región lumbar sin hallazgos objetivos a la exploración física. Se confirma valores elevados de creatin quinasa (CK) 12318 UI/l y CK-MB de 69.7 con creatinina de 0.54 mg/dl. Se inicia tratamiento con SSF, furosemida, acetazolamida y cloruro potásico puntual. La evolución es favorable en días sucesivos con cifer estable de creatinina y disminución de CK hasta 738 UI/l al momento del alta en el 15º día postoperatorio. Actualmente seguimiento por consultas sin incidencias y con evolución favorable.

DISCUSIÓN

Los pacientes con obesidad mórbida tienen un riesgo mayor de sufrir RML postoperatoria. La combinación de superobesidad con un tiempo quirúrgico prolongado aumenta aún más la incidencia de esta complicación. Es crucial mantener un bajo umbral de sospecha ya que en una buena parte de los casos se puede controlar con medidas de soporte simple como en nuestro caso, pero para esto, debemos diagnosticar lo antes posible. En algunos protocolos se recomienda la medición rutinaria de CK en el pre y postoperatorio.

P-066

ANÁLISIS DEL INFILTRADO DE CÉLULAS DE LA INMUNIDAD INNATA EN TEJIDO ADIPOSO DE OBESOS MÓRBIDOS EN RELACIÓN A LA PRESENCIA Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO (EHGNA)

J. García Rubio, A. Cózar Ibáñez, F. Tamayo Pozo, A. Carazo Gallego, M. Caba Molina, J. Salmerón Escobar, M.L. Fernández Soto, J.A. Jiménez Ríos

Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada

OBJETIVOS

La obesidad provoca un estado de inflamación crónica en el tejido adiposo que se refleja en la infiltración de una amplia variedad de células inmunológicas. El grado de inflamación se ha relacionado con el desarrollo de patologías asociadas a la obesidad. En concreto, la liberación de citoquinas proinflamatorias a la circulación portal-hepática por los depósitos viscerales de tejido adiposo, ha sido considerada como uno de los mecanismos implicados en la evolución desde esteatosis hepática simple hacia esteatohepatitis. Sin embargo, aún quedan numerosos aspectos por aclarar y existen datos contradictorios en la bibliografía. El objetivo del estudio es cuantificar la cantidad y el fenotipo de las principales células de la inmunidad innata infiltradas en el tejido adiposo de obesos (macrófagos, mastocitos y *natural killers*) y relacionar dichos datos con la presencia y grado de la EHGNA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha analizado una cohorte de 51 obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica. Durante el transcurso de la cirugía se obtuvieron muestras de hígado y tejido adiposo (subcutáneo y visceral). La EHGNA fue valorada mediante estudio anatomopatológico de la biopsia hepática. La fracción de células no adiposas del tejido se obtuvo mediante digestión con colagenasa y centrifugación. Las células se analizaron mediante citometría de flujo multiparamétrica, adaptada a la determinación de macrófagos (CD45+/CD14+/CD15-), mastocitos (CD45+/CD117+) y *natural killers* (CD45+/CD3-/CD16+/CD56+). Los fenotipos de macrófago M1-proinflamatorio y M2-antiinflamatorio se identificaron por la presencia o ausencia del marcador de superficie CD11c. Un patrón interno, compuesto por un número conocido de micropartículas autofluorescentes, permitió la cuantificación de las poblaciones celulares en valores absolutos (células por gramo de tejido adiposo).

RESULTADOS

Los pacientes se clasificaron en tres grupos según la presencia y grado de la EHGNA. Grupo-1: 6 pacientes (13,3%) sin EHGNA. Grupo-2: 19 pacientes (42,2%) con hígado graso sin inflamación. Grupo-3: 20 pacientes (44,4%) con probable esteatohepatitis o esteatohepatitis. La cantidad total de macrófagos no varió en relación a la presencia de hígado graso. Sin embargo, en ambos tipos de tejido adiposo, se encontraron descensos (en torno al 50 %) en la subpoblación de macrófagos M2-antiinflamatorios que fueron significativos tanto en relación a la presencia de esteatosis simple como a la progresión hacia esteatohepatitis. La cantidad de mastocitos descendió al comparar pacientes del Grupo-2 con pacientes del Grupo-3. No encontramos cambios significativos en la cantidad de *Natural Killers*.

P-067

CIRROSIS HEPÁTICA SECUNDARIA A BY PASS GÁSTRICO

M.J. Álvarez Martín, A.B. Vico Arias, A.M. García Navarro, A. Mansilla Roselló, M. Segura Reyes, A. Vilchez Rabelo, C. San Miguel, J.L. Diez Vigil, Y. Fundora Suarez, J.A. Jiménez Rios

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente que tras realización de bypass gástrico, desarrolla a los años de la cirugía una cirrosis hepática secundaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 53 años de edad, con antecedentes personales de HTA, histerectomía y doble anexectomía por hiperplasia funcional endometrial. Sometida en 2005 a bypass gástrico por obesidad mórbida, asa alimentaria de 100 cm y biliopancreática de 60 cm. Adecuada pérdida ponderal tras la cirugía, pero persistencia de la HTA y desarrollo de anemia ferropénica que precisa administración mensual de hierro intravenoso. En 2012, tras un episodio de hemorragia digestiva alta secundario a varices esofágicas, se diagnostica de cirrosis hepática con hipertensión portal. Completado el estudio y descartadas otras causas se considera es secundaria a la cirugía bariátrica previa. En 2015 ante el deterioro de la función hepática y con Meld de 19 se propone para inclusión en lista de espera de trasplante hepático; pero se considera necesario previamente convertir el bypass gástrico a tubulización gástrica para evitar problemas posteriores en la absorción de los inmunosupresores. Se reinterviene evidenciando aparte de un síndrome adherencial, una cirrosis hepática con esplenomegalia y gran circulación colateral por la hiperpresión portal. Ante la dificultad técnica que hace inviable la conversión del bypass a gastrectomía vertical se cambia de estrategia y se realiza anastomosis del reservorio gástrico al asa alimenticia.

RESULTADOS

El postoperatorio curso de forma adecuada, con un tránsito de control en el que se evidencia buen paso de contraste tanto a duodeno como por el resto del asa alimenticia, por lo que fue dada de alta al 6º día postoperatorio. Actualmente tras cinco meses de la intervención sigue controles periódicos por unidad de Hepatología y a la espera de trasplante hepático.

CONCLUSIONES

La esteatohepatitis no alcohólica es una enfermedad muy frecuente en pacientes con obesidad mórbida que suele mejorar con la cirugía bariátrica, pero en ocasiones puede aparecer después de la intervención, sobre todo constatado y más asociado a técnicas puramente malabsortivas como el bypass yeyunoileal o la derivación biliopancreática. Las causas que se han relacionado con el fallo hepático tras cirugía bariátrica son: 1- El deterioro de la función hepática en el preparatorio (grado de Esteatosis Hepática o existencia de esteatohepatitis no alcohólica). 2- Reducción de la ingesta de proteínas en el postoperatorio. 3- El grado de malabsorción. En el manejo de los pacientes que presenten disfunción hepática tras cirugía bariátrica, además del tratamiento nutricional y el tratamiento médico, se debe si es posible, revertir el bypass deshaciendo componente malabsortivo y respetando el componente restrictivo; dejando como última alternativa el trasplante hepático para aquellos pacientes que no respondan a la reversión de la técnica. Aún no se conocen exactamente qué factores pueden influir en que tras la cirugía ocurran este tipo de complicaciones, por lo que se necesitan estudios futuros que evalúen estas técnicas bariátricas a largo plazo, para poder ofrecer las mejores alternativas quirúrgicas a cada paciente y el adecuado manejo, si estas complicaciones aparecieran.

P-068

COMPARACIÓN DE RESULTADOS MATERNO-FETALES EN MUJERES GESTANTES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA FRENTE A GESTANTES OBESAS MÓRBIDAS NO INTERVENIDAS

I. González Navarro (1), S. Morales Conde (2), M. Socas Macías (2), J.L. Pereira Cunill (2), P.P. García Luna (2)

(1) Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva; (2) Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

OBJETIVOS

Comparar los resultados materno-fetales en mujeres embarazadas tras cirugía bariátrica con un grupo de obesas mórbidas no intervenidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de casos y controles de gestantes previamente intervenidas mediante cirugía bariátrica (grupo estudio, GE) y no intervenidas (grupo control, GC) durante el periodo 2003-2015 en Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla). Se realizó seguimiento de las mujeres en Unidades de Obstetricia y Nutrición, y además de Cirugía Bariátrica en el grupo de las intervenidas, al menos trimestralmente. Se compararon las siguientes variables entre ambos grupos: edad pregestacional; índice de masa corporal (IMC) pregestacional, patología del embarazo, tasa de cesáreas, prematuridad, edad gestacional, recién nacido pequeño para edad gestacional (PEG), defectos congénitos y muerte perinatal. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar(DE), las variables cualitativas como porcentajes. El análisis estadístico se realizó con la versión 15.0 del programa SPSS.

RESULTADOS

Estudiamos 34 gestaciones en cada uno de los grupos. Las técnicas quirúrgicas empleadas en el GE fueron: derivación biliopancreática en el 52,3% de los casos, *bypass* gástrico laparoscópico en Y de Roux en 31,8% y gastrectomía vertical laparoscópica en 15,9%. La mediana del intervalo entre la cirugía y la gestación fue de 23 meses (rango 2-141). No hubo diferencias entre ambos grupos en la edad materna [31,94(DE 4,26) años en GE y 32,74(DE 4,25) en GC]. El IMC fue mayor en el GC respecto a GE [45 kg/m²(DE3,5) y 32,59 kg/m²(DE 6,9) p<0,05]. No hubo casos de diabetes gestacional (DG) en ninguno de los grupos, pero en el GC hubo mayor frecuencia de hipertensión (HTA) inducida por el embarazo que en GE (23,53% vs 0%, p<0,05). La tasa de cesáreas fue mayor en el GC que en el GE (47% vs 14,7%, p<0,05). El peso de los recién nacidos fue menor en el GE frente a GC [2895gr(DE451,7) vs 3238gr(DE370,3), p<0,05], así como la frecuencia de recién nacidos PEG (20,6% vs 0%, p<0,05). No hubo diferencias en cuanto a edad gestacional [GE 38,9 semanas (DE1,82) y GC 39,6(DE1,85)], parto prematuro (GE 11,8% y GC 5,88%), defectos congénitos (GE 0% y GC 5,9%) ni mortalidad perinatal (ningún caso en GE y GC).

CONCLUSIONES

La mayoría de las mujeres en edad fértil con antecedentes de cirugía bariátrica siguen siendo obesas cuando se quedan embarazadas. Las mujeres intervenidas mediante cirugía bariátrica tienen menos riesgo de desarrollar HTA inducida por el embarazo y probablemente menor riesgo de DG que las obesas mórbidas no intervenidas. Los hijos de mujeres intervenidas tienen menor peso al nacer y hay más frecuencia de niños PEG que en mujeres obesas mórbidas no intervenidas.

P-069

GASTRECTOMÍA VERTICALEN MANGA POSTERIOR A FUNDUPLICATURA DE NISSEN LAPAROSCÓPICO

F. Torres Jaramillo

Hospital de los Valles, Universidad San Francisco de Quito

Descripción de un caso de una paciente de 31 años de edad con antecedentes de Funduplicatura de Nissen Laparoscópico hace 2 años atrás, sometida por un diagnóstico de obesidad mórbida a una gastrectomía vertical en manga con un seguimiento de 10 meses sin evidencia de reflujo. Se describe la preparación y estudios previos así como controles post operatorios con endoscopia y esofagograma.



P-070

EVOLUCIÓN PONDERAL DE LA GASTRECTOMÍA TUBULAR (GT) EN OBESOS MÓRBIDOS (OM): INFLUENCIA DEL SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO

C. Barnadas Solé, L. Alsina Estallo, N. Roca Rossellini, M.Á. Blasco Blanco, J. Foncillas Corvinos

Hospital Sagrat Cor, Barcelona

OBJETIVO

Valorar si el seguimiento post GT en la consulta de nutrición influye positivamente en la pérdida de peso.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre enero del 2010 y junio del 2014 se intervinieron en nuestro centro 280 pacientes OM de GT, 217 mujeres y 63 hombres, de entre 18 y 68 años (DE=11,7), con un IMC de entre 34 y 65 kg/m² (DE=6,01). Están estandarizadas 6 visitas de control en la Unidad de Nutrición (UN) al primer mes (1M), tercero (3M), sexto (6M), noveno (9M), año (1A) y año y medio (1,5A).

RESULTADOS

De los 280 pacientes intervenidos, el 94,3% (264) vinieron a la visita del 1M, el 95% (266) al 3M, el 90,7% (254) al 6M, el 62,9% (176) al 9M, el 82,1% (230) al 1A y el 57,5% (161) al 1,5A. De los 161 pacientes que asistieron a la consulta al 1,5A, el 87%(140) perdieron más del 50% del sobrepeso (PSP) y el 13% (21) no alcanzaron esa pérdida. Del total de pacientes que se intervinieron, el 34,6% (97) vinieron a TODAS las visitas de control, y de estos, el 87,6% (85) superaron el 50% del PSP. También superaron el 50% del PSP, el 45,7% de los 94 pacientes que vinieron a 5 visitas de control, el 20,4% de los 54 pacientes que vinieron a 4 visitas, y el 5% de los 20 pacientes que vinieron a 3 visitas. Del 5% de pacientes que vinieron a 1 o 2 visitas ninguno superó el 50% PSP.

CONCLUSIONES

Los pacientes que se adhieren al seguimiento completo con la UN son los que alcanzan el mayor porcentaje de pérdida de peso. Cuantos más controles se realizan, mejores son los resultados al 1,5A, por lo tanto se considera imprescindible insistir en la asistencia a las visitas y la adherencia al seguimiento.

P-071

¿QUE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL PREVIA A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA ES MÁS EFICAZ PARA LA PÉRDIDA DE PESO? ¿GRUPAL O INDIVIDUAL?

M. Villatoro (1), J. López (2), L. Fontané (1), M. Muns (1), E. Climent (1), D. Benaiges (1), C. Serra (1), J.M. Ramón (1), A. Goday (1)

(1) Hospital del Mar, Barcelona; (2) Hospital Civil Guadalajara, México

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica ha demostrado ser más efectiva que la terapia convencional en pacientes con obesidad mórbida. Existe un acuerdo unánime en la necesidad de conseguir una adecuada pérdida de peso previo a la intervención. Sin embargo, no hay consenso en cuanto que tipo de intervención es la más eficaz.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de dos tipos de intervención nutricional en el periodo previo a la cirugía bariátrica (CB): individual versus grupal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo (Noviembre 2008- Noviembre 2014), en pacientes candidatos a CB en la Unidad de Atención a la Obesidad Mórbida del Hospital del Mar de Barcelona. Se compararon dos grupos de estudio: Grupo 1: Pacientes que recibieron intervención nutricional individual (desde noviembre 2008 a Octubre 2012) con más de 6 visitas durante un periodo de 12 meses. Grupo 2: Pacientes que recibieron intervención nutricional grupal (desde noviembre 2012 a noviembre 2014) con una sesión cada dos meses durante un periodo de 12 meses. El contenido de las sesiones grupales y el contenido de la intervención individual fue el mismo en ambos grupos. Se recogieron parámetros como peso inicial y final, índice masa corporal inicial y final y % de pérdida de peso.

RESULTADOS

VARIABLES	Intervención individual (n=100)	Intervención grupal (n=100)	p
Edad (años)	44,3 ± 9,2	41,1 ± 8,3	0,339
Talla (cm)	163,4 ± 8,6	163,6 ± 8,7	0,688
Peso inicial (Kg)	118,7 ± 16,9	123,8 ± 22	0,066
Peso final (Kg)	113 ± 15,9	121,5 ± 22,9	0,003*
IMC inicial (Kg/m ²)	44,4 ± 4,8	45,1 ± 5,1	0,290
IMC final (Kg/m ²)	42,2 ± 4,3	45,4 ± 7,02	0,000*
Pérdida de peso (Kg)	5,6 ± 6,8	2,3 ± 7,34	0,001*
Pérdida de >5%	42	20	0,001*

CONCLUSIÓN

La intervención grupal con 6 sesiones durante 12 meses se mostró menos efectiva, que la intervención individual cada mes, en conseguir una adecuada pérdida de peso previa a la cirugía bariátrica. Probablemente la intervención grupal combinada con la individual se mostraría más eficaz.

P-072

COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS DE PÉRDIDA PONDERAL PREVIA A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA: DIETA VLCD Y DIETA MIXTA. RESULTADOS PRELIMINARES

A. Gils Contreras (1), A. Molina López (2), A. Rabassa Soler (1), N. Guillén Rey (1), S. González Porcel (2), N. Aguilera López (1), F. Sabench Pereferrer (2), J. Salas Salvadó (1), D. Del Castillo Déjardin (1), A. Bonada Sanjaume (1)

(1) Hospital Universitari Sant Joan, Reus; (2) Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina, Reus

OBJETIVO

Comparar los cambios antropométricos y bioquímicos de dos métodos de pérdida ponderal previa a la cirugía bariátrica: una dieta muy baja en calorías (VLCD) y una dieta mixta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se reclutaron 28 pacientes candidatas a cirugía bariátrica laparoscópica (Bypass gastroyeyunal en Y de Roux o Gastrectomía vertical) los cuales fueron aleatorizados en 2 grupos para la realización de una dieta específica durante los 21 días previos a la cirugía. El primer grupo realizó una dieta VLCD con fórmula específica de 800kcal/ día y el segundo una dieta MIXTA de 1200 kcal/día con el mismo porcentaje de macronutrientes. Se realizó una analítica antes y después del tratamiento dietético, así como una impedanciometría semanal para registrar datos antropométricos y de composición corporal. Se valoró la adherencia a la dieta.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 28 pacientes, de los cuales 14 realizaron dieta VLCD (3 ♂ y 11 ♀ con una edad media de 40,7 años, peso medio de 128,0±17,4 kg e IMC medio de 46,2±4,8 kg/m²), y 13 realizaron dieta MIXTA (2 ♂ y 13 ♀ con una edad media de 45,7 años, peso medio de 119,7±18,5 e IMC medio de 45,4±4,7 kg/m²). Ambos grupos eran comparables. La pérdida de peso fue significativamente mayor en el grupo de dieta VLCD respecto al de dieta MIXTA (8,1±2,1 kg vs 5,4±1,9 kg, p=0,003), así como la pérdida de masa grasa (6,2±5,7 kg vs 3,0±1,8 kg, p=0,039) y los puntos de IMC perdidos (2,8±0,9 vs 1,9±1,4, p=0,034). No hubo diferencias significativas en cuanto a la masa magra ni la masa muscular (kg). Respecto a los datos analíticos, se observó una reducción de los niveles plasmáticos de albúmina y de prealbúmina en ambos grupos. La reducción de los niveles de prealbúmina fue significativamente menor en el grupo dieta MIXTA (p=0,013). En cuanto al perfil glicémico, lipídico e inmunitario, no se observaron diferencias significativas entre grupos. No obstante, si se hallaron diferencias dentro de un mismo grupo al comparar los valores iniciales y finales. Se observó una mayor reducción no significativa de los niveles de leucocitos, neutrófilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos y basófilos en el grupo de VLCD respecto al grupo de dieta MIXTA. Los valores de hemoglobina glicosilada, colesterol total, c-HDL y c-LDL disminuyeron en ambos grupos, aunque la reducción en cada uno de los parámetros siempre fue mayor en el grupo VLCD.

CONCLUSIÓN

La dieta VLCD y la dieta MIXTA son dos tratamientos efectivos en cuanto a pérdida de peso preoperatoria en cirugía bariátrica y mejoran el perfil glicémico y lipídico. Ambos tratamientos dietéticos reducen los parámetros analíticos proteicos e inmunitarios aunque la disminución tiende a ser menor en la dieta MIXTA. La ampliación de la muestra y la finalización del estudio pueden aportar datos relevantes que nos ayuden a identificar el tratamiento dietético más adecuado.

P-073

IMPACTO DE LA EDUCACIÓN EN SALUD EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA INCLUIDOS EN UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

C. Jiménez Ramos, P. Macías Díaz, R. Pérez Huertas, A. Cano Matías, E. Domínguez-Adame Lanuza

Hospital Virgen Macarena, Sevilla

OBJETIVOS

1) Valorar el cumplimiento de hábitos recomendados en la consulta de enfermería (dieta variada y equilibrada y ejercicio físico entre 3-5 días/semana) en el cuarto año de la cirugía bariátrica (CB); 2) Comparar la calidad de vida de los pacientes en el cuarto año vs antes CB; 3) Evaluar la reducción de comorbilidades en el cuarto año de la CB; 4) Evolución del porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) a 1, 2, 3-4 años de la CB.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal de una cohorte de pacientes intervenidos de CB en el año 2012. Se revisa a los pacientes en el cuarto año de la CB. Los pacientes por protocolo finalizan las revisiones a los 2 años. Se objetiva el peso, se registran las comorbilidades y cumplimentan un cuestionario con 3 preguntas: 1) Mantenimiento de una alimentación variada y equilibrada (Si/No), 2) Práctica de ejercicio físico regularmente entre 3-5 días/semana (Si/No), 3) Comparación de su calidad de vida con respecto a antes de la CB (Escala Likert, 5 opciones). Los datos fueron almacenados en una base de datos creada exprofeso y se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión para los datos numéricos y porcentajes para las variables cualitativas. Se respetaron los principios de Guías de Buena Práctica Clínica en investigación.

RESULTADOS

Acuden a revisión 27 pacientes de la cohorte (84,37%): 19 mujeres (70,37%); edad media de 39,68 años ($\pm 8,64$) y un IMC medio al inicio del proceso de 47,7 kg/m² ($\pm 5,87$). El tiempo medio en el que fueron revisados fue de 3,5 años de la CB (rango 37-48 meses). 23 pacientes (85,1%) afirmaron seguir las recomendaciones alimentarias y 18 (66,6%) realizar ejercicio; 18 (66,6%) aseguraron que su calidad de vida era “mucho mejor” después de la CB, 7 (26%) “mejor”, 1 (3,7%) “peor” y 1 (3,7%) “mucho peor”. La frecuencia de comorbilidades previa a la CB era: 37% HTA; 22% DMT2 y 51,8% SAOS. En la visita de seguimiento se redujeron las frecuencias a: 11% HTA; 22% SAOS y 0% DMT2. Analizando los pacientes con comorbilidades múltiples se observó que de 4 que presentaban 3 comorbilidades, 1 redujo a 2, otros 2 a 1 y 1 no presentaba comorbilidades; de los 5 con 2 comorbilidades, 4 presentaban 1 y 1 ninguna. El PSP es del 74,04% y 72,6% a 1 y 2 años de la CB (en ambos casos, el 100% de pacientes presentaron PSP > 50%) y del 70,9% a los 3,5 años (en el 81,50% de casos, el PSP > 50%).

CONCLUSIONES

La Educación en Salud llevada a cabo en una consulta de enfermería de CB mejora el cumplimiento de hábitos saludables en el paciente bariátrico. Los pacientes se adhieren mejor a la dieta que al ejercicio. La calidad de vida mejora en la mayor parte de los pacientes después de la CB. Los estilos de vida saludables se relacionan fuertemente con el mantenimiento del peso perdido, y este a su vez, contribuye a la mejoría de las comorbilidades asociadas.

P-075

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA: PROGRAMA DE VIDA SALUDABLE

E. Martín Gómez, A. Arregui, B. Osés, V. Valentí

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica en combinación con cambios en el estilo de vida y ajustes dietéticos, han demostrado ser el tratamiento de elección para mejorar el estado de salud y la calidad de vida del paciente obeso. Es común observar sentimientos de soledad y culpabilidad en el paciente relacionados con la familia. Por tanto, un ámbito importante de actuación de enfermería es conocer el entorno familiar del paciente e implicarlos de forma activa en el soporte y estimulación a lo largo del tratamiento integral de la obesidad.

OBJETIVO

Desarrollar un programa de formación sobre obesidad y promoción de hábitos de alimentación saludables para pacientes candidatos a cirugía bariátrica y familiares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describen los módulos del programa de enfermería: 1) Formación teórica sobre obesidad; 2) Talleres de nutrición y vida saludable; 3) Talleres de compra inteligente - supermercado virtual; 4) Talleres de cocina saludable y comidas fuera de casa. Dicho programa de actuación se encuadra dentro del programa de estilos de vida saludable de nuestro centro hospitalario.

RESULTADOS

En primer lugar, se realizan sesiones grupales quincenalmente en el aula de formación del hospital en las que se explican las causas de la obesidad y tratamientos disponibles, haciendo especial énfasis en el proceso perioperatorio del paciente candidato a cirugía. En segundo lugar, se desarrollan sesiones intergrupales en la cocina del hospital para la elaboración de diferentes ejemplos de dietas saludables. Y finalmente, se realizan sesiones quincenales en el aula de informática con programas virtuales para la realización de compra inteligente y elaboración de menús fuera de casa.

CONCLUSIONES

La implicación de enfermería no sólo durante los días del ingreso hospitalario, sino como principal agente en el reconocimiento de las necesidades individuales de cada paciente y su entorno familiar, hace que se establezcan posibilidades de nuevas intervenciones que ayuden a mejorar su recuperación y adherencia al tratamiento y fomentar las relaciones familiares. Una correcta formación en los distintos aspectos mejoraría de forma integral la salud de las personas afectadas y su entorno.

P-076

LOS PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA REFIEREN UN PEOR AUTOCONCEPTO Y MAYOR DETERIORO SOCIAL

I. Rubió, M.Á. Escartí, J. Márquez, I. Mangas

Clínica Escartí, Valencia

OBJETIVOS

En la siguiente investigación se pretende explorar cómo refieren que les afecta la obesidad a los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, en su **autoconcepto** (creencias acerca de su imagen corporal) y en sus **relaciones sociales**. El marco en el que se ha desarrollado la entrevista ha sido el de un Equipo Multidisciplinar formado por cirujano bariátrico, nutricionista, enfermera y psicóloga clínica, dedicados exclusivamente al tratamiento quirúrgico de la obesidad y enfermedades metabólicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra ha estado formada por un total de 307 pacientes, de edades comprendidas entre (19-67 años; Media= 39,2 años). El rango de Índice de masa corporal (IMC= peso (kg)/altura (m²)) de la muestra es de (33,7-74,9 kg/m²; Media= 42,7kg/m²). De los 307 pacientes, 190 pacientes han valorado que la obesidad les repercute en un autoconcepto negativo y deterioro social. Para ello, se les ha preguntado si consideran que su obesidad les influye de forma negativa en la valoración de su imagen corporal (autoconcepto negativo) y si consideran que la obesidad les repercute de forma negativa en sus relaciones sociales. Las preguntas eran dicotómicas (sí/no) dentro del marco de una primera entrevista clínica de psicología, previa a la intervención de cirugía bariátrica. De estos 190 pacientes, 83 presentan un IMC < 40 Kg/m², y 107 pacientes un IMC ≥ 40 kg/m² (obesidad mórbida, OM). Se han llevado a cabo estadísticos descriptivos para definir las características de la muestra y se ha realizado una prueba chi cuadrado de Pearson, para identificar a los pacientes con y sin obesidad mórbida, que refieren un autoconcepto negativo (valoración negativa sobre su imagen corporal) y un deterioro social, debido a su peso.

RESULTADOS

Tras el análisis, vemos en la siguiente tabla de contingencias que los pacientes con OM refieren tener en mayor medida respecto a los pacientes no mórbidos, un autoconcepto negativo (presentando unas creencias hacia su imagen corporal que son negativas) y un deterioro social, evitando en mayor medida las relaciones sociales.

	Obesidad Mórbida (IMC ≥ 40 kg/m²)	Obesidad No Mórbida (IMC < 40 kg/m²)	Total
Autoconcepto negativo	n=78 (55,3%)	n=63 (44,7%)	n=141 (100%)
Deterioro social	n=29 (59,2%)	n=20 (40,8%)	n=49 (100%)

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, los pacientes con obesidad y sobre todo con obesidad mórbida, presentan un tipo de relación tanto consigo mismos como con los demás, que identifican como más deteriorada debida a su peso. Las diferencias entre OM y OM no mórbida no han salido significativas quizás por la cantidad de muestra. Posiblemente, sea la propia obesidad la que lleve a un peor autoconcepto así como a un mayor deterioro social percibido y esto a su vez, genere el mantenimiento o aumento de la obesidad a lo largo de los años. Por ello, consideramos que la cirugía bariátrica, con la consiguiente bajada de peso, es una buena opción para mejorar el estado psico-social del paciente con obesidad.

P-077

CASO CLÍNICO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE TRES FÍSTULAS DIGESTIVAS EN UNA PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO, TRAS UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CRUCE DUODENAL Y ESPLENECTOMÍA

M.J. Conde Martínez, E. Coria Pacheco, N. Ruiz Muñoz, M.J. Valdizan Rebollo, M. Ortiz Rubio, E. Barberán Camas, M. Ramón Pérez, L. Luquín

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat

El cruce duodenal es el procedimiento quirúrgico más complejo de la cirugía bariátrica y con mayor número de complicaciones en el postoperatorio inmediato. La alta complejidad de los cuidados que requirió la paciente ha sido fundamental para la elección de este caso. La paciente JTP ingresó en nuestra unidad para control evolutivo por hematoma abdominal tras ser intervenida de cruce duodenal y esplenectomía en otro centro. Durante su ingreso presentó varias complicaciones: hemorragia y shock hemorrágico, fiebre, infección nosocomial y aparición de tres fístulas digestivas (fístula del muñón duodenal, fístula pancreática y fístula del asa alimentaria). Estas tres fístulas centran este caso clínico.

OBJETIVO

Describir los cuidados de enfermería en el tratamiento de fístula pancreática, fístula del asa alimentaria y fístula del muñón duodenal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Revisión de la historia clínica de una paciente de 52 años ingresada en la unidad de cirugía bariátrica, desde octubre de 2014 hasta marzo de 2015. Recogida de datos a través de los registros de los programas informáticos Gacela Care® y SAP®. Se aplicó el Plan Estandarizado de cirugía bariátrica y se individualizaron los cuidados para cada tipo de fístula.

RESULTADO

Los cuidados para el tratamiento de las fístulas fueron:

- *Fístula pancreática.* Drenajes: Saratoga+sonda nelaton, sonda Foley. Se inician lavados continuos de 1500 ccSF c/24h por S. Nelaton en aspiración continua por Saratoga, se disminuye a 1000cc SF continuos y progresivamente disminuye hasta poder retirarlos. Control del débito c/24h
- *Fístula del muñón duodenal* es drenada con 3 penrose en tejadillo se realizaron lavados c/8h con 5cc de SF por los orificios del tejadillo, paulatinamente pasaron a c/12 y c/24h. El débito se contabilizaba mediante bolsas colectoras c/ 24h.
- *Fístula intestinal (asa alimentaria)* Drena por la HQ abdominal, mediante una S. foley y uno de los penrose. Se iniciaron lavados con 250cc SF c/24 y finalmente c/12h y 50 ccSF hasta poder retirarlos. Requiere educación sanitaria del manejo de la bolsa colectora y control del débito ya que la fístula intestinal no se cerró pero se dio el alta hospitalaria.

CONCLUSIONES

El equipo de enfermería tuvo un papel fundamental ya que realizó curas complejas de los múltiples drenajes para el tratamiento de las fístulas, control del débito de las mismas así como su evolución consiguiendo cerrar la fístula del muñón duodenal y la fístula pancreática y proporcionó una educación sanitaria suficiente para la autonomía de la paciente para su alta domiciliaria.

P-078

MANEJO DE LA SONDA GASTRISAIL™ EN GASTRECTOMÍAS VERTICALES

J.J. Cobles Guerra, S. Delgado Rivilla, F.M. Apolinario Camarena, M.T. Ferraz Úbeda, A.M. Cabezas De Nin, M. Fernández Hevia, M.L. Méndez Prieto, N. Rivas Gallardo, J. Giménez Rodríguez, A. Batlle De Domingo

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía vertical es un procedimiento muy común en nuestro hospital y de forma global en el tratamiento de la obesidad mórbida. La cirugía se realiza por laparoscopia. Consiste en la preparación del estómago, liberando la curvatura mayor y la cara posterior gástrica y posterior sección de éste para completar la gastrectomía vertical, siempre calibrando el estómago con una sonda de 36F en nuestro centro.

OBJETIVO

Dar a conocer a los profesionales de la salud el dispositivo Gastrisail™, que consiste en una sonda flexible, que se despliega como una vela y con iluminación LED, mejorando la eficacia del procedimiento. La sonda no se utilizará en caso de divertículo de Zenker, estenosis esofágica y/o hernia paraesofágica.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos el modo de empleo de la sonda tanto desde el punto de vista de anestesia, de enfermería como de cirugía. Se muestra a través de una serie de imágenes el uso y ventajas que presenta. La colocación se realiza a través de la boca del paciente bajo control laparoscópico y una vez correctamente colocada con la punta a nivel del píloro, se despliega. La luz LED de la sonda permite una mejor visualización de la misma para una mejor y más precisa localización. Al desplegarse una parte de la sonda se abre hacia la curvatura mayor gástrica, logrando así tensarla, lo que facilita la disección durante la cirugía y la movilización del estómago. Al facilitar la movilización gástrica, se facilita la disección de adherencias de la cara posterior gástrica. Una vez completada la disección, la sonda se coloca en la posición inicial y sirve como tutor para realizar la gastrectomía vertical, ya que tiene un calibre de 36F. Además se puede usar igualmente para aspirar el contenido gástrico o comprobar en caso que fuera necesario posibles fugas.

CONCLUSIÓN

Este dispositivo es de fácil uso y simplifica la intervención quirúrgica, pudiendo usarse no sólo durante la disección del estómago sino también como tutor durante la sección gástrica.

P-079

EFICACIA DEL TEST DE AZUL DE METILENO EN NUESTRA SERIE DE PACIENTES SOMETIDOS A BYPASS GÁSTRICO

S. Alonso, M. Medina, D. Acín-Gándara, A. Antequera, F. Pereira

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid

INTRODUCCIÓN

El test del azul de melino intraoperatorio es eficaz en detectar la integridad de la anastomosis esofagoyeyunal en pacientes sometidos a gastrectomía total. Sin embargo, su eficacia no ha sido publicada en pacientes sometidos a bypass gástrico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde septiembre de 2006 hasta febrero de 2015 se han intervenido en el Hospital Universitario de Fuenlabrada 238 pacientes sometidos a cirugía de bypass gástrico. La técnica de bypass gástrico así como la técnica de comprobación anastomótica mediante azul de metileno se ha descrito en el poster anterior.

RESULTADOS

De los 238 pacientes sometidos a cirugía de bypass gástrico hay registro de la realización del test en 224 (94.1%). Los datos que se expresan a continuación están basados en estos 224 pacientes. 77 fueron varones (34.4%) y 147 fueron mujeres (65.6%). La media de edad fue de 44 años (22-65) años. De los 224 pacientes en 200 (89.3%) no se apreció fuga mediante el test de azul de metileno y en 24 el test sí fugó (10.7%). De los 200 que no fugaron, se reintervinieron a 15 pacientes (7.5%) y no se reintervinieron a 185 (92.5%). De los 15 pacientes que se reintervinieron, 2 pacientes experimentaron una fístula del pie de asa, 4 una fístula de la anastomosis gastroyeyunal y 9 se reintervinieron por otros motivos. El VPN fue del 97% para la valoración inicial del test del azul de metileno. De los 24 en los que fugaron, la mayoría (10, 41.6%) fugaron en la cara anterior y la maniobra quirúrgica más frecuentemente realizada fue la sutura y colocación de drenaje. Tras dicha reparación se realizó una nueva comprobación intraoperatoria con el test objetivándose que no fugaron en el 100% de los casos, sin embargo se objetivaron 3 fístulas postoperatorias (21%), de las cuales una se manejó con tratamiento conservador y otras dos requirieron reintervención quirúrgica. Por tanto, el VPN fue del 87.5% para la valoración del test de azul tras el refuerzo de la anastomosis por una fuga inicial.

CONCLUSIÓN

El uso del test del azul de metileno para la comprobación de la integridad de ambas anastomosis en pacientes sometidos a bypass gástrico es una técnica segura y fiable para determinar la integridad de ambas anastomosis. Un resultado negativo del test (tanto en primera instancia como tras una reparación) predice de manera significativa un

