

Comunicaciones XIV Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Lleida 14-15-16 marzo 2018

RESULTADOS PONDERALES Y RESOLUCIÓN DE COMORBILIDADES A CORTO PLAZO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LOS TRES PRIMEROS MESES DE UNA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA TUTELADA

M. Recarte Rico, R. Corripio Sánchez, A.I. De Cos Blanco, G. Vesperinas García, J. Díaz Domínguez.

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

OBJETIVOS

La SECO recomienda realizar una formación adecuada y certificada, por lo que ha consolidado un programa que combina los fundamentos teóricos, en continua actualización, con la cirugía experimental y en directo, las estancias formativas y la actividad quirúrgica tutelada (Programa de Formación SECO (PF-SECO)).

El objetivo de este trabajo es evaluar y comparar los resultados de los indicadores de calidad de pérdida de peso y los criterios de remisión de comorbilidades a uno y dos años de los pacientes intervenidos en nuestro centro al principio de la actividad quirúrgica tutelada (Fase V) previa realización de las Fases I-IV del PF-SECO.

MATERIAL Y MÉTODOS

De Septiembre a Diciembre de 2015, 29 pacientes se sometieron a cirugía bariátrica en nuestro centro, de los cuales 13 pacientes fueron intervenidos en los meses iniciales de la Fase V de uno de los cirujanos de nuestra Unidad Médico-Quirúrgica (CAQT) y 16 pacientes por uno de los cirujanos expertos (CE).

Se trata de un estudio retrospectivo donde se recogen los datos clínicos y ponderales tanto preoperatorios como postoperatorios y se analiza su evolución tras la intervención quirúrgica a uno y dos años. Como indicadores de calidad de la pérdida de peso se tomaron: Porcentaje de sobrepeso perdido (%PSP), Porcentaje del exceso del IMC perdido (%EIMCP), Porcentaje del exceso del IMC perdido esperado (%EIMCPe) y Porcentaje de peso total perdido (%PTP).

Se utilizó el Test de U-Mann Whitney para comparar los resultados.

RESULTADOS

Los datos clínicos, ponderales y quirúrgicos de los pacientes en función del cirujano se muestran en la **Tabla 1**. Al comparar los grupos (CAQTvsCE) no hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en los indicadores de calidad de la pérdida ponderal (**Gráficos 1, 2, 3 y 4**) ni tampoco en la resolución/mejoría de comorbilidades (**Tabla 2**).

En ambos grupos se obtuvieron los estándares de calidad de la pérdida de peso y de la resolución de comorbilidades tras la Cirugía Bariátrica.

CONCLUSIONES

La IFSO en su publicación *IFSOS Statement: Credentials for Bariatric Surgeons 2015* y la SECO en las *Recomendaciones de la SECO para la práctica de la Cirugía Bariátrica y Metabólica (Declaración de Vitoria-Gasteiz, 2015)* consideran como premisas para el cirujano bariátrico el conocimiento teórico, el criterio clínico, el dominio técnico para completar con seguridad la cirugía (abierto o laparoscópica) y el compromiso en el manejo perioperatorio y en el seguimiento. La realización completa y ordenada de un programa de formación en Cirugía Bariátrica y Metabólica es imprescindible para alcanzar los objetivos de los indicadores de calidad de pérdida ponderal, resolución de comorbilidades y seguridad en el paciente bariátrico.

Tabla 1.

	CAQT(n=13)	CE(n=16)	p
Sexo			0,321
Mujer	11(85%)	11(69%)	
Varón	2(15%)	5(31%)	
Edad(años)	50	51,5	0,503
Peso(Kg)	112	132	0,032
IMC(Kg/m ²)	42,38	47,43	0,017
DM inicial	7(54%)	7(44%)	0,588
HTA inicial	6(46%)	10(62%)	0,379
DISLIPIDEMIA inicial	7(54%)	12(75%)	0,233
SAOS inicial	2(15%)	2(12%)	0,823
Cirugía Bariátrica(CB)			0,525
By-Pass Gástrico Laparoscópico	11	12	
Gastrectomía Vertical Laparoscópica	2	4	
t quirúrgico(min)	120	90	0,062
Complicaciones(n)	0	1	0,359
Estancia(días)	4	5	0,503

Tabla 2: Resolución/mejoría de comorbilidades tras CB.

	CAQT	CE	p
DM	85,7%(6/7)	100%(7/7)	0,299
HTA	83%(5/6)	70%(7/10)	0,379
DISLIPIDEMIA	85,7%(6/7)	91,6%(11/12)	0,683
SAOS	100%(2/2)	100%(2/2)	

¿ES LA PPLICATURA GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA UNA BUENA ALTERNATIVA A LA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA?

Á. Sanahuja, J.V. Ferrer Valls, P. Avellaneda Portero, V. Fandos, Y. Melero, A. González, E. Pérez-Folqués, N. Saiz.

Clínica Obésitas, Valencia.

OBJETIVOS

La plicatura gástrica laparoscópica (PGL) es una operación restrictiva, aunque parece menos eficaz que la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL). Presentamos un estudio comparativo a 12 meses entre pacientes intervenidos de PGL y GVL por un mismo equipo.

MÉTODO

Estudio retrospectivo sobre 23 pacientes intervenidos de PGL entre 2015 y 2017, que se compara con un grupo consecutivo de 23 pacientes intervenidos de GVL durante el mismo periodo. Analizamos las complicaciones postoperatorias, reintervenciones, la proporción de sobrepeso perdido (%SPP), el tiempo operatorio, la estancia hospitalaria, la sintomatología bulímica (test BITE) y la calidad de vida (test QLP-SP), a los 12 meses postquirúrgicos.

RESULTADOS

Los pacientes tienen una media de $37,4 \pm 12,2$ años y $34,2 \pm 11,0$ años para la PGL y la GVL respectivamente. En la Tabla 1 se muestra el IMC y el %SPP inicial, al mes 1, 6 y 12 postquirúrgicos. En ninguno de los grupos ha habido mortalidad. La complicación posoperatoria inmediata más frecuente fueron los vómitos, aparecieron vómitos en el 17,4% (n=4) de las PGL y solo en el 4,5% (n=1) de las GVL. Un paciente de PGL requirió una reintervención por vómitos persistentes con intolerancia a los alimentos. En ningún grupo presentamos fugas de las líneas de sutura, ni hemorragias. El tiempo medio operatorio fue 83 ± 14 minutos en la PGL y 102 ± 18 minutos en la GVL. La estancia media hospitalaria ha sido de 1,3 días en las PGL frente a 1,1 días en la GVL. En ambos grupos se obtiene una mejora en la calidad de vida y la sintomatología bulímica a los 12 meses postquirúrgicos (Tabla 2).

CONCLUSIONES

La PGL es una técnica con pocas complicaciones postoperatorias, y buen resultado a corto y medio plazo en la pérdida de peso, aunque menor que la GVL. La mejoría de la calidad de vida y de los síntomas bulímicos es similar en ambas técnicas. La PGL podría ser útil para pacientes que no desean una resección gástrica como primer procedimiento, y se debe advertir que es una técnica más paciente-dependiente, y que la pérdida de peso a largo plazo es menor que la GVL.

	IMC inicial	IMC 1mes	IMC 6mes	IMC 12mes	%SPP 1mes	%SPP 6mes	%SPP 12mes
Plicatura Gástrica	$34,8 \pm 5,4$	$31,2 \pm 4,6$	$27,9 \pm 4,5$	$27,9 \pm 3,7$	29,2	61,0	65,1
Gastrectomía Vertical	$39,7 \pm 6,1$	$34,8 \pm 5,3$	$28,9 \pm 4,3$	$26,3 \pm 5,2$	26,4	66,7	76,1
	p=0,001	p=0,009	p=0,213	p=0,580	p=0,410	p=0,634	p=0,372

Tabla 1: Comparación entre el IMC y el %SPP inicial, al mes 1, 6 y 12 postquirúrgicos entre la PGL y la GVL.

	Calidad vida inicial	Calidad vida 12meses	Síntomas bulímicos iniciales	Síntomas bulímicos 12meses
Plicatura Gástrica	$67,5 \pm 18,6$	$95,0 \pm 0,1$	$17,4 \pm 8,3$	$14,0 \pm 0,1$
Gastrectomía Vertical	$66,8 \pm 22,6$	$77 \pm 5,7$	$12,4 \pm 7,6$	$8,5 \pm 6,2$

Tabla 2: Calidad de vida y síntomas bulímicos iniciales y a los 12 mese de pacientes intervenidos de PGL y GVL.

MEJORÍA DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA TRAS BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX: CUANTIFICACIÓN DE LÍPIDOS INTRAHEPATOCITARIOS MEDIANTE ESPECTROSCOPIA POR RM

J. Ruiz-Tovar, J. Sánchez-Hernández, C. Llaveró, D. Hernández-Aceituno, A. García, J. González, C. Ferrigni, C. Levano-Linares, M. Jiménez-Fuertes, M. Duran.

Hospital Rey Juan Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN

A consecuencia de la epidemia actual de obesidad, la esteatosis hepática se ha convertido en un problema de salud habitual, afectando a todos los grupos de edad, desde niños hasta ancianos. En países desarrollados se estima que afecta a alrededor de un 30% de la población adulta, pero puede alcanzar el 60-80% en pacientes obesos mórbidos. La biopsia hepática se considera el "gold standard" para el diagnóstico de esta entidad determinando el grado de esteatosis, inflamación, fibrosis y cirrosis. Sin embargo, al ser una técnica invasiva, no se puede realizar rutinariamente para evaluar el diagnóstico y evolución de esta patología. La espectroscopia por RM ha demostrado ser una técnica no invasiva con excelente rentabilidad diagnóstica y correlación con los valores obtenidos mediante biopsia hepática.

El objetivo de este estudio es evaluar la mejoría de la esteatosis hepática en pacientes obesos mórbidos sometidos a bypass gástrico en Y de Roux (BGYR).

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional prospectivo de pacientes obesos mórbidos sometidos a BGYR como procedimiento bariátrico. Se realizaron espectroscopia por RM (ERM) preoperatorias y a los 12 meses de la intervención. Se estableció el grado de esteatosis basado en la cuantificación de grasa intrahepatocitaria. Porcentajes de contenido de lípidos intrahepatocitarios (PLI) <5% se consideraba ausencia de esteatosis, 5-10% esteatosis leve, 10-30% esteatosis moderada y >30% esteatosis severa. Se compararon los hallazgos de ERM con los de ecografía.

RESULTADOS

Se incluyeron 20 mujeres con una edad media de 47.5 años y un IMC de 47.6 Kg/m². Preoperatoriamente, mediante ecografía se detectó esteatosis hepática en el 80% de los pacientes. Mediante ERM, sólo el 45% de los pacientes presentaba esteatosis (p=,022). Graduando la esteatosis en función del grado, mediante ecografía el 50% era leve y el 30% moderada, mientras que mediante ERM, el 30% era leve y 15% moderada. El PLI preoperatorio fue del 8.9%. A los 12 meses de la cirugía, el IMC medio era de 29.5Kg/m² con un porcentaje de exceso de peso perdido del 80.2%. Todas las ecografías mostraron ausencia de esteatosis, mientras que mediante ERM un paciente con esteatosis moderada preoperatoria, ahora presentaba esteatosis leve, habiendo disminuido el PLI en todos los casos. El PLI postoperatorio fue de 3.45%, con un descenso medio tras la cirugía de 5.45% (p=0.019).

CONCLUSIÓN

Tras el BGYR se produce un descenso significativo de la grasa hepatocitaria y consecuentemente del grado de esteatosis hepática. Con IMC elevados, la ecografía tiende a sobreestimar el grado de esteatosis, pero tras la cirugía y pérdida de IMC, la tendencia es a infraestimarla.

BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO CON BANDA A PARTIR DE LOS 60 AÑOS

Canga, José María ¹; De La Cruz Vigo, José Luis ²; Gómez Rodríguez, Pilar ³; Sanz De La Morena, Pilar ¹; Martínez Pueyo, José Ignacio ³; De La Cruz Vigo, Felipe ⁴.

¹ HM San Francisco, León; ² Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, León; ³ Clínica Nuestra Señora del Rosario, Madrid; ⁴ Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

OBJETIVOS

El 35,5 por ciento de los hombres y el 40,8 por ciento de las mujeres mayores 60 años tienen obesidad en España, según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). La Cirugía Bariátrica ha demostrado que es el método más efectivo para tratar la obesidad y las comorbilidades asociadas. Evaluamos los datos antropométricos y quirúrgicos, así como las complicaciones, evolución ponderal y resolución de comorbilidades de los pacientes de más de 60 años, operados con nuestra técnica de Bypass Gástrico con banda por laparoscopia.

PACIENTES Y MÉTODOS

Desde Junio de 1999 hasta Diciembre de 2016 se han operado 2000 pacientes por obesidad mórbida, todos ellos mediante bypass gástrico laparoscópico con banda. Ciento quince pacientes tenían más de 59 años (5,7%). Su edad media era 63 años (60-71) y el 77 % eran mujeres. El IMC medio era 46 (28-63), siendo 39 pacientes superobesos (34%). La media de comorbilidades por paciente, 4. Los resultados en cuanto a número de complicaciones, pérdida de peso y resolución de comorbilidades se comparan con el grupo de edad inferior a 60 años.

RESULTADOS

El tiempo operatorio ha sido 155 minutos. Se han utilizado 5,8 trocares de media. No ha habido ninguna conversión. La estancia hospitalaria ha sido 3,5 días. Un 16% ha precisado colecistectomía. Una fístula por una perforación yeyunal (0.9%), que requirió reintervención, ha sido la única complicación mayor precoz según la clasificación de Clavien-Dindo. Mortalidad nula. El porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) ha sido del 72% y el 63% a los 5 y 10 años respectivamente, similar al resultado obtenido en el grupo de edad inferior a 60 años. Tampoco en la resolución de comorbilidades ha habido diferencias significativas.

CONCLUSIONES

A partir de los 60 años y aparentemente durante una década más, los obesos mórbidos pueden ser operados sin un aumento de la morbi-mortalidad, y con una evolución ponderal y resolución de comorbilidades muy similar a los pacientes de menor edad. Este grupo de edad avanzada debe ser selectiva y estrictamente evaluado preoperatoriamente.

EVOLUCIÓN DE LAS COMORBILIDADES A 1, 2 Y 5 AÑOS TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL, BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX Y BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS

J. Ruiz-Tovar, M.A. Carbajo, L. Zubiaga, J.M. Jiménez, M.J. Castro, A. Solar.

Centro de Excelencia para el Estudio y Tratamiento de la Obesidad, Valladolid.

INTRODUCCIÓN

Está ampliamente demostrado que las técnicas bariátricas malabsortivas consiguen mayor resolución de comorbilidades que las técnicas mixtas, siendo los procedimientos restrictivos los que obtienen peores resultados. Esta mejoría de las comorbilidades se asocia en gran medida a la pérdida de peso, pero hay también hay otros mecanismos neuro-hormonales implicados, principalmente en las técnicas que se bypassea el duodeno y el yeyuno proximal.

EL BAGUA es una técnica malabsortiva que está creciendo exponencialmente en los últimos años, gracias a los buenos resultados a largo plazo que presenta en términos de pérdida de peso, mejoría de comorbilidades y escasas complicaciones postoperatorias inmediatas y a largo plazo.

El objetivo de este trabajo es comparar la resolución de comorbilidades a medio y largo plazo entre GV, RYGB y BAGUA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio prospectivo aleatorizado de pacientes con indicación de cirugía bariátrica o metabólica sometidos a GV, RYGB y BAGUA. Las variables analizadas fueron la tasa de resolución de diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA) y dislipemia (DL) al año, 2 años y 5 años de la cirugía.

RESULTADOS

Analizamos un total de 600 pacientes, 200 en cada grupo. No hubo diferencias significativas en edad, sexo, comorbilidades ni parámetros antropométricos preoperatorios entre grupos.

Al año de la cirugía, la tasa de resolución de la DM tras GV era de 86.9%, tras RYGB de 89.8% y tras BAGUA de 94% (p=0.305). La tasa de resolución de HTA tras GV era de 78%, tras RYGB de 84.3% y tras BAGUA de 90% (p=0.027). La tasa de resolución de DL tras GV era de 41.4%, tras RYGB de 80.3% y tras BAGUA de 100% (p<0.001).

A los 2 años de la cirugía, la tasa de resolución de la DM tras GV era de 85.2%, tras RYGB de 91.5% y tras BAGUA de 95% (p=0.038). La tasa de resolución de HTA tras GV era de 75.6%, tras RYGB de 84.3% y tras BAGUA de 86% (p=0.100). La tasa de resolución de DL tras GV era de 38.6%, tras RYGB de 78.9% y tras BAGUA de 100% (p<0.001).

A los 5 años de la cirugía, la tasa de resolución de la DM tras GV era de 82%, tras RYGB de 86.4% y tras BAGUA de 96% (p=0.0007). La tasa de resolución de HTA tras GV era de 63.4%, tras RYGB de 73.5% y tras BAGUA de 84% (p=0.0006). La tasa de resolución de DL tras GV era de 28.6%, tras RYGB de 71.8% y tras BAGUA de 100% (p<0.001).

CONCLUSIONES

El BAGUA consigue mayores tasas de resolución de DM, HTA y DL que las otras técnicas a medio y largo plazo. Aunque inferior al BAGUA, el RYGB consigue una tasa aceptable de resolución de comorbilidades. Tras GV se consiguen peores resultados que con las otras técnicas, si bien, entre ellos, los resultados más pobres se observan en la mejoría de la dislipemia.

GASTRECTOMÍA VERTICAL: ¿ESTA JUSTIFICADO QUE SEA LA OPERACIÓN BARIÁTRICA MÁS UTILIZADA?

Canga Presa, José María ¹; De La Cruz Vigo, José Luis ²; De La Cruz Vigo, Felipe ³.

¹HM San Francisco, León; ²Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, León;

³Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

OBJETIVOS

Por su menor complejidad, la Gastrectomía Vertical GV se ha convertido en la operación bariátrica más utilizada. Sin embargo, existen pocos estudios con evidencia científica para justificar este hecho. Analizamos tres artículos publicados en enero 2018, que comparan la GV frente al Bypass Gástrico BG y los comparamos con nuestros 2000 BG. El primero estudio analiza las complicaciones inmediatas (menos de 30 días) de 141.646 pacientes. Los dos restantes exponen los resultados a 5 años de los únicos dos estudios randomizados con más de 100 pacientes, en los cuales se analiza la pérdida de peso, las complicaciones tardías, el control de las comorbilidades y la calidad de vida.

PACIENTES Y MÉTODOS

En el estudio de la base de datos del American College of Surgeons ACS y de la ASMBS se analizan un total de 141,646 pacientes; 98,292 sometidos a GV y 43,354 a B.G. IMC preoperatorio 45.1 y 46.1 para la GV y BG respectivamente.

En el estudio randomizado SM-BOSS con cinco años de seguimiento se analizan 107 GV frente a 110 BG. El otro estudio randomizado con 5 años de seguimiento es el SLEEVEPASS con 121 GV y 119 BG.

RESULTADOS

Los resultado de complicaciones inmediatas en el estudio ACS-ASMBS fueron: Mortalidad a 30 días 0.1% para la GV y 0.2% para el BG (p < .05). Incidencia de reoperaciones fue de 1% para la GV y 2.5% para el BG (p < .05). Incidencia de readmision fue de 1.2% para la GV y del 2.8% para el BG (p < .05).

Nuestros resultados sobre los mismos parámetros en 2000 BG son los siguientes: IMC: 45.7. Mortalidad 0.1%. Reoperaciones 1.1%. Readmisiones 1.1%.

Tanto en el SM-BOSS como en el SLEEVEPASS hubo mayor pérdida de peso con el BG pero sin diferencias significativas en el exceso de IMC perdido o el % de exceso de peso perdido (%EPP). En el primer estudio el índice de reintervenciones tardías en GV 15% (reflujo 9, pérdida insuficiente de peso 5) y en el segundo 8.3% (reflujo 7, hernia incisional 3). El mismo parámetro para el BG 17% (hernia interna 9, obstrucción intestinal 2, ganancia de peso 2) y 15% (hernia interna 17, hernia incisional 1) respectivamente para el primer y segundo estudio. En nuestros 2000 pacientes, con un seguimiento medio de 10 años, el índice de reoperaciones tardías ha sido 54 pacientes el 2.5% (obstrucción intestinal 23, perforación de úlcera 18, estenosis del cerclaje 5, hernia ventral 2, reganacia de peso y ulcera 2, hernia ventral 2). Pero la diferencia más llamativa existe en cuanto a la incidencia de hernia interne un 0.95% en nuestra serie con cierre de mesos y en los últimos 947 también cierre del Petersen.

CONCLUSIONES

En una técnica compleja como el Bypss Gástrico es fundamental la experiencia de equipo quirúrgico. Muchos estudios randomizados no explican suficientemente este punto y los resultados son notablemente peores de los que pueden obtenerse con una técnica adecuada.

RESPUESTA HORMONAL DESPUÉS DE UNA GASTRECTOMÍA VERTICAL. ¿TIENE INFLUENCIA EL TAMAÑO DE LA Sonda UTILIZADA PARA LA GASTRECTOMÍA?

B. Gonzalo Prats, C. Rodríguez-Otero Luppi, M. Camacho Pérez De Madrid, M. Garay Solà, S. Fernández Ananin, I. Miñambres Donaire, I. Gómez Torres, E. Ballester Vázquez, C. Balague Ponz.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

OBJETIVOS

La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es una técnica en auge en las últimas décadas para el tratamiento de la obesidad. Existen diferentes teorías sobre la influencia de la GVL sobre las hormonas involucradas en el metabolismo glucolipídico. El objetivo de este estudio es analizar la influencia de dicha técnica en los niveles plasmáticos de GIP, GLP-1, Glucagón, grelina, insulina, leptina y PYY, y la presencia de diferencias según los dos tamaños de sonda Foucher utilizados en la gastrectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo randomizado (Protocolo IIBSP-RES-2012-178, EAES Research Project) que incluye pacientes intervenidos de gastrectomía vertical laparoscópica entre los años 2013 y 2016, clasificados aleatoriamente en 4 grupos según la distancia al píloro en el inicio de la sección gástrica (2cm vs. 5cm) y el tamaño de la sonda Foucher utilizada para la gastrectomía (33 vs. 42 Fr). Fueron analizados un total de 33 pacientes (24 mujeres y 9 hombres) que completaron el seguimiento a un año desde la cirugía. Se determinaron los niveles plasmáticos de GIP, GLP-1, glucagón, grelina, insulina, leptina y PYY en el preoperatorio, postoperatorio inmediato (48 horas tras la cirugía), 2 meses y 1 año desde la intervención quirúrgica. Se compararon los datos recogidos en el preoperatorio con los niveles detectados en los tres tiempos posteriores.

RESULTADOS

La disminución media de las hormonas estudiadas, en el postoperatorio inmediato, a los 2 meses y al año de la gastrectomía vertical laparoscópica respecto a los valores preoperatorios se recoge en la siguiente tabla:

Hormonas (pg/ml)	Postoperatorio 48h		2 meses		1 año	
	Media ± SD	p	Media ± SD	p	Media ± SD	p
GIP	48.65 ± 10.09	p<0.05	33.15 ± 11.97	p<0.05	37.84 ± 10.45	p<0.05
GLP-1	6.29 ± 6.85	p=0.36 *	13.01 ± 5.07	p<0.05	17.71 ± 8.03	p<0.05
GLUCAGON	-13.73 ± 7.28	p=0.06 *	15.06 ± 6.14	p<0.05	21.78 ± 5.68	p<0.05
GRELINA	33.55 ± 6.73	p<0.05	30.36 ± 7.02	p<0.05	32.49 ± 6.76	p<0.05
INSULINA	209.56 ± 108.98	p=0.06 *	704.13 ± 124.32	p<0.05	788.91 ± 97.76	p<0.05
LEPTINA	-6964.24 ± 4757.32	p=0.15 *	24143.03 ± 4744.26	p<0.05	24192.67 ± 5368.06	p<0.05
PYY	14.51 ± 20.08	p=0.47 *	8.19 ± 12.79	p=0.53*	1.29 ± 9.65	p=0.89 *

Todos los resultados fueron estadísticamente significativos (p<0.05) excepto aquellos remarcados con el símbolo asterisco (*).

No se evidenciaron diferencias significativas en la comparación entre grupos según el tamaño de la sonda Foucher utilizada, en ninguna de las hormonas estudiadas.

CONCLUSIÓN

La gastrectomía vertical laparoscópica tiene efectos significativos sobre las hormonas involucradas en la obesidad, principalmente a los dos meses y un año de la intervención quirúrgica. El tamaño de la sonda empleada para la realización de la gastrectomía no es un factor influyente en la respuesta hormonal observada.

VOLUMETRÍA GÁSTRICA PRE Y POST GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA. CORRELACIÓN DE RESULTADOS CON PÉRDIDA DE PESO A UN AÑO DE LA CIRUGÍA

C. Rodríguez-Otero Luppi, B. Gonzalo Prats, M. Garay Solá, J.C. Pernas Canadell, I. Miñambres Donaire, S. Fernández Ananin, E. Ballester Vázquez, I. Gómez Torres, C. Balagué Ponz.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

OBJETIVOS

La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es, según estudios recientes, el procedimiento bariátrico más utilizado a nivel mundial. A pesar de esto, existen actualmente controversias acerca del tamaño de la sonda a utilizar para tutorizar la sección gástrica. El objetivo de este estudio fue el de valorar mediante la utilización de sondas de distinto tamaño, si el volumen gástrico reseca o el volumen gástrico remanente (objetivados mediante TACs abdominales de alta resolución) son predictores de pérdida de peso a 1 año tras la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sesenta y cuatro pacientes con IMC >40 kg/m² o >35 kg/m² más comorbilidades, fueron intervenidos mediante GVL entre Enero 2012 y Octubre 2016, siendo incluidos en un ensayo clínico (NCT02144545), comparando distintos tamaños de tutorización gástrica (33 Fr vs 42 Fr). En todos estos pacientes se realizaron TACs abdominales preoperatoriamente, a los 2 meses y al año de la cirugía, para evaluar el volumen gástrico. Estos resultados fueron comparados con el porcentaje de sobrepeso perdido (%SPP) a un año tras la cirugía.

RESULTADOS

En esta serie, el 68.7% de los pacientes fueron mujeres y la edad media de la serie fue de 50.2 años. El IMC medio fue de 44.5 kg/m², y el volumen gástrico preoperatorio (estimado mediante volumetría) fue de 686.8 ml. El promedio de %SPP al año fue de 60.1 ± 19.3%.

El promedio del volumen del remanente gástrico fue 103.5ml a los 2 meses y de 178.5ml al año de la cirugía. Este incremento es estadísticamente significativo ($p < 0.001$). No se encontraron diferencias entre el aumento del volumen gástrico (volumen al año menos el volumen a los 2 meses) con la pérdida de peso a un año ($r = 0.016$, $p = 0.92$). Tampoco se encontraron diferencias en los distintos grupos de tutorización gástrica y la pérdida de peso a un año (61% vs 59%, $p = 0.327$).

Se encontró una correlación entre el porcentaje de estómago reseca (relación entre el volumen a los 2 meses y el preoperatorio) y el %SPP ($r = 0.322$, $p = 0.043$). También, se halló una correlación entre el volumen reseca (volumen preoperatorio menos el volumen a los 2 meses) y resultados de pérdida de peso a un año ($r = 0.384$, $p = 0.014$).

CONCLUSIONES

La GVL es un procedimiento bariátrico efectivo y parecería que cada caso debería ser individualizado para reseca un volumen gástrico adecuado. Además, la dilatación gástrica post quirúrgica no parece tener efectos a corto- mediano plazo en los resultados.

¿ES SEGURA LA GASTRECTOMÍA VERTICAL CON ALTA ANTES DE 24 HORAS?

A. Bravo Salva, A. García Ruiz De Gordejuela, J. Elvira López, C. Uribe Galeano, J. Durán, J. Pujol Gebelli.

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

INTRODUCCIÓN

La Gastrectomía vertical es el procedimiento quirúrgico bariátrico más realizado actualmente en España y en Europa. Es un procedimiento seguro y efectivo, con baja tasa de morbimortalidad. Se trata de un procedimiento con un tiempo quirúrgico reducido, es reproducible y el periodo de ingreso habitual, es de una mediana de 48 a 72 horas. Algunos centros de alto volumen han publicado series de casos consecutivos de gastrectomía vertical en régimen ambulatorio o de corta estancia. Por otra, parte la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica recientemente desaconsejó el régimen de cirugía mayor ambulatoria.

OBJETIVO

Estudiar la viabilidad y seguridad de un protocolo de alta en régimen de estancia de 23 horas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se consideran candidatos a alta precoz, los intervenidos de Gastrectomía vertical con edad comprendida entre 18 y 50 años a partir de Enero de 2016, sin comorbilidades graves (ASA III o IV). Se excluyeron del protocolo los casos con incidencias quirúrgicas intraoperatorias. Se realizó análisis descriptivo sobre la base de datos prospectiva de pacientes intervenidos de gastrectomía vertical en nuestro centro de 2016 y 2017. Análisis descriptivo y comparativo de los resultados de los pacientes que cumplieron el alta precoz, respecto a los que fueron alta a partir del segundo día.

RESULTADOS

Se intervinieron un total de 74 pacientes desde el inicio del protocolo, la edad media fue 42 ± 11.1 , peso medio 122 ± 28.6 , IMC $43,8 \pm 8,5$. Estancia hospitalaria 1.6 ± 0.54 , tiempo de IQ 58 ± 11.8 . De estos pacientes pudieron ser alta en régimen de alta precoz 31 pacientes (42% del total). No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las variables edad, peso e índice de masa corporal entre ambos grupos. No hubo complicaciones en el grupo de alta precoz, condición para cumplir el alta, y hubo 1 complicación en el grupo que no fue alta precoz. En el grupo alta precoz reconsultó en urgencias un paciente con diagnóstico de infarto esplénico que no requirió reingreso. A destacar que todos los pacientes que ingresaron en área de reanimación quirúrgica no pudieron ser alta precoz (17 de los 43 casos, 39,5%). La principal causa de desestimar el alta precoz por parte de los pacientes fue dificultad con la tolerancia oral. No hubo mortalidad en ninguno de ambos grupos. La tasa de morbilidad, consulta urgente, reingreso o mortalidad desde la aplicación del protocolo de alta precoz no muestra diferencias significativas entre ambos grupos.

CONCLUSIONES

El protocolo de alta de gastrectomía vertical en 23 horas es seguro y factible en nuestro entorno. Aparte de la selección de los pacientes, el no ingreso en reanimación postquirúrgica y el control sintomático de náuseas y vómitos son las claves para conseguir el alta precoz.

BYPASS GÁSTRICO EN-Y-DE-ROUX, GASTRECTOMÍA VERTICAL O BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS COMO TÉCNICAS DE RESCATE DEL BANDAJE GÁSTRICO AJUSTABLE. ESTUDIO COMPARATIVO MULTICÉNTRICO CON 1.219 PACIENTES

Juan Pujol Rafols, MD¹; Amr I. Al Abbas, MD²; Miguel F. Herrera, MD, PhD³; Jacques Himpens, MD, PhD⁴; Almino Ramos, MD, PhD⁵; Rui José da Silva Ribeiro, MD⁶; Bassem Safadi, MD, FACS²; Bart Van Wagenveld, MD, PhD⁷; Claire de Vries, MD⁷; Stefanie Devriendt, MD⁴; Hugo Sánchez-Aguilar, MD³.

¹ Clínica Mi Tres Torres, Barcelona, Spain. ² American University of Beirut Medical Center (AUBMC), Beirut, Lebanon. ³ Instituto Nacional de Nutrición. Centro Médico ABC, México City. México. ⁴ AZ Sint Blasius, Dendermonde, Belgium and CHIREC Hospitals Brussels, Belgium. ⁵ Gastro-Obeso-Center - Advanced Institute In Bariatric And Metabolic Surgery, Sao Paulo, Brazil. ⁶ Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal. ⁷ OLVG-West, Amsterdam, the Netherlands.

ANTECEDENTES

La banda gástrica ajustable laparoscópica sigue siendo el tercer procedimiento quirúrgico más comúnmente realizado en cirugía bariátrica. Algunos pacientes no obtienen resultados aceptables y las tasas de revisión varían del 7,5% al 60%. El bypass gástrico en Y de Roux (RYGB) es la técnica de rescate más utilizada. Otras alternativas incluyen el bypass gástrico de una anastomosis (OAGB) y la gastrectomía vertical (SG). Ningún estudio hasta la fecha ha comparado los resultados de las tres opciones de rescate después del fracaso de la banda.

OBJETIVO

Comparar los resultados de la conversión de bandas gástricas fallidas a RYGB, OAGB o SG.

MÉTODOS

Se analizaron los datos recopilados de siete centros bariátricos de todo el mundo. Comparamos el índice de masa corporal final (IMC), el incremento del IMC (Δ IMC), la pérdida porcentual del exceso de IMC (% EBMIL) y las principales complicaciones con especial atención a fugas, hemorragia y mortalidad.

RESULTADOS

De los 1.219 pacientes analizados, el 74.2% fue sometido a RYGB, el 15.7% se sometió a OAGB y el 10.1% se sometió a SG tras el fracaso de la banda. La edad promedio fue de 38,2 años (\pm 10,5 años) y el 82,5% de los pacientes eran mujeres. El seguimiento medio fue de 33 meses. El gráfico n° 1 muestra la evolución del IMC en función del tiempo transcurrido desde la cirugía de revisión. En el último seguimiento, la pérdida porcentual de exceso de índice de masa corporal (% EBMIL) > 50% fue alcanzado por el 74.5% de los pacientes convertidos a RYGB, el 88% de aquellos convertidos a OAGB y el 76.3% de los convertidos a SG. El 11.8% de los pacientes experimentaron complicaciones mayores como fugas (4.1%) y sangrado (3%). 10 (0,8%) pacientes murieron: 8 (0,9%) después de RYGB, 1 (0,5%) después de OAGB y 1 (0,8%) después de SG.

CONCLUSIÓN

Nuestros datos muestran que es posible lograr una pérdida de peso significativa independientemente del procedimiento de revisión. OAGB, RYGB y SG pueden servir como terapias de rescate después del fracaso de la banda.

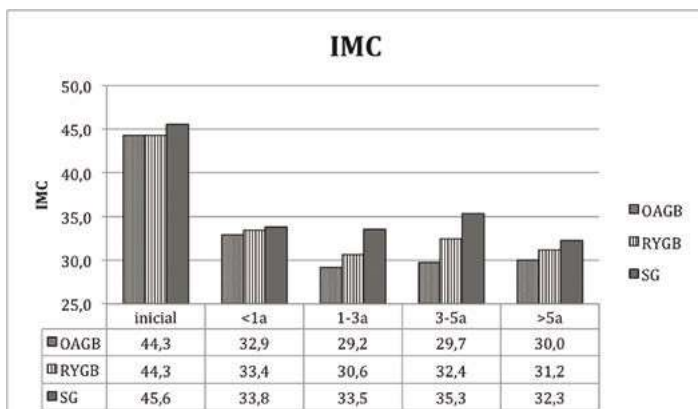


Grafico 1: Cambios del IMC a lo largo del tiempo según la técnica de rescate empleada.

IMC = Índice de Masa Corporal; RYGB = Bypass Gástrico en Y de Roux; OAGB = Bypass Gástrico de una Anastomosis; SG = Gastrectomía Vertical.

INDICACIÓN QUIRÚRGICA DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL Y EL BYPASS GASTROYEYUNAL EN PACIENTES DIABÉTICOS EN BASE UN SCORE ESPECÍFICO Y A LOS RESULTADOS METABÓLICOS Y PONDERALES

F. Sabench¹, A. Molina¹, M. Vives¹, E. Raga¹, M. París¹, P. Martínez¹, G. Claramunt², G. Castilla², A. Verdú², D. Del Castillo¹.

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

OBJETIVO

La elección quirúrgica en los pacientes obesos mórbidos con Diabetes tipo 2 sigue siendo todavía un tema de debate. La Gastrectomía vertical parece ofrecer buenos resultados, al igual que el Bypass gastroyeyunal en Y de Roux. La utilización de un nuevo score metabólico (que computa medicación, tiempo de evolución y Hb glicada), y que permite clasificar a los pacientes y dirigir la indicación quirúrgica, puede ser de ayuda en la decisión quirúrgica. Nuestro objetivo es revisar una cohorte de pacientes diabéticos en nuestro centro y comprobar la indicación quirúrgica según el score propuesto, analizando los resultados en términos de pérdida de peso y resolución de la diabetes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes obesos mórbidos diabéticos tipo 2 intervenidos mediante GV (n=26) y BPGY (n=34) en los últimos 2 años. A todos ellos se les aplica el score validado on line (http://riskcalc.org/Metabolic_Surgery_Score/). Se analizan los resultados a los 6 y 12 meses.

RESULTADOS

Pacientes BPGY: IMC preop 41.3± 4.8 Pacientes GV: IMC preop 49.4±6.4. De los 34 pacientes intervenidos mediante BPGY, sólo un paciente tenía indicación de GV (2.9%). De los 26 pacientes intervenidos mediante GV, sólo 6 de ellos realmente tenían esta indicación (23%). El resto de pacientes (77%) que a su vez presentan un perfil preoperatorio metabólico más favorable son los que al cabo de un año siguen presentando unos niveles más bajos en la Hb glicosilada respecto al resto de grupos (p<0.05). El % de peso total perdido (TWL) es similar entre ellos (con o sin indicación de GV). Los pacientes intervenidos de BPGY, presentan un score clasificado como moderado en un 94.1% de los casos. Los pacientes intervenidos de GV presentan un score moderado en un 61.5% y severo en un 23.1%. El TWL se sitúa en el grupo BPGY con score moderado en un 25% y de un 32.6% en el grupo GV también con score moderado.

CONCLUSIONES

Parece que la indicación de BPGY es clara mientras que la de GV sigue siendo un tema controvertido. El perfil de pacientes Diabéticos con IMC elevados y con un perfil metabólico todavía no extremo se puede beneficiar de una GV de forma fiable en base a los resultados. Las bases fisiopatológicas de la resolución de la DM después de la GV deben ser revisadas; mecanismos desconocidos más allá de la exclusión duodenal y la estimulación incretínica que implica el BPGY deben ser investigados.

LONGITUDES DE ASA EN EL BENEFICIO METABÓLICO DE LA CIRUGÍA DE BYPASS. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE OAGB Y RYGB EN UN MODELO ANIMAL

C. Marciniak, L. Zubiaga, V. Vangelder, A. Quenon, T. Hubert, R. Caiazzo, F. Pattou.

CHRU Lille, Lille.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

El bypass gástrico mejora el metabolismo de la glucosa más allá de la pérdida de peso. La capacidad de modular la excursión postprandial de glucosa (EPG) es decir, el paso de glucosa del intestino a la sangre en la ingesta alimentaria, parece ser un elemento clave en la mejoría metabólica después de cirugía. Desde hace unos años se han evidenciado mejores resultados metabólicos en los bypass de una anastomosis (Ej.OAGB) (sin asa alimentaria) en comparación con el bypass regular en «Y» de Roux (RYGB). Este estudio plantea evaluar los efectos de los diferentes tipos de bypas (una anastomosis versus dos anastomosis) en la EPG en función a las longitudes de las asas: alimentaria, biliar y común.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se sometieron a cirugía a cerdos Göttingen distribuidos de forma aleatoria en 5 grupos experimentales: 1. Operación simulada o Sham; 2. RYGB regular; 3. RYGB distal (asa alimentaria larga); 4. OAGB regular; 5. OAGB distal (asa biliar larga). Se realizaron pruebas de tolerancia mixta a los alimetos (Mixed Meal Tests –MMT) y se midieron los niveles de Xilosa en sangre como método para demostrar malabsorción. Así mismo, se realizaron pruebas de estimulación (sodio) e inhibición (Phlorizina) para plantear posibles respuesta a los mecanismos de acción en la EPG mediante la actividad de los trasportadores de glucosa intestinales.

RESULTADOS

La EPG fue menor en las técnicas de OAGB en comparación con las de RYGB. Así mismo se evidenció un aumento mayor de la hormona GLP-1 en el OAGB. La disminución de la EPG se relacionó con la reducción de la xilosa AUC lo que puso en evidencia una malabsorción de carbohidratos mayor en los animales sometidos a OAGB. No obstante, los valores de Xilosa no se modificaron en igual forma que en el RYGB distal que en el OAGB. Así mismo, después de administrar grandes volúmenes de sodio a los modelos distales se observó una reducción de la eficacia malabsortiva, mientras que agregar dosis de phlorizina a los modelos regulares aumentó la malabsorción.

CONCLUSIÓN

Alargar el asa alimentaria en un bypass aumenta cierto grado la malabsorción pero no logra los mismos resultados que en el OAGB, ya que la EPG se afecta directamente por la longitud del asa biliopancreática. Tras los experimentos con sodio y phlorizina se logró evidenciar una relación entre los trasportadores de glucosa y la exclusión biliar para justificar estos resultados.

ESTUDIO COMPARATIVO A LARGO PLAZO ENTRE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO Y GASTRECTOMÍA TUBULAR SEGÚN ANÁLISIS DE LA PÉRDIDA PONDERAL, COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS Y RESOLUCIÓN DE COMORBILIDADES ASOCIADAS

V. Valenti, P. Ahechu, R. Moncada, F. Lapuente, P. Martínez, C. Silva, M. De La Higuera, F. Rotellar, J. Salvador, G. Frühbeck.

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica ha demostrado ser muy eficaz en el control de la obesidad y los problemas de salud asociados a ella. Los resultados comparativos entre las diversas técnicas quirúrgicas realizadas se suelen expresar a corto plazo.

OBJETIVO

Análisis de los resultados de nuestra experiencia a largo plazo comparando la gastrectomía tubular (GT) con el bypass gástrico (BG) según pérdida de peso, complicaciones y evolución de la comorbilidad asociada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo con 502 pacientes intervenidos en nuestro centro acreditado desde el 2009 como Centro de Excelencia Europeo, con un seguimiento a 5 años mayor al 90%.

RESULTADOS

De los 502 pacientes intervenidos 74,4% fueron BG y 25,5% GT con una media de edad de 46 (16-75) años, un peso medio preoperatorio de $131,3 \pm 24,5$ (80-230) kg y un índice de masa corporal (IMC) medio de $48,3 \pm 7$ (32-79). No hubo diferencias estadísticamente significativas para el número de complicaciones quirúrgicas (7,16% BG vs 5,46% GT). La estancia hospitalaria media para ambos grupos fue de 3 días (1-93) días. La mortalidad de la serie fue del 0%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a 5 años a favor del BG para todas las fórmulas analizadas en relación al peso perdido, si bien no fue así en los resultados a corto plazo de 1 y 2 años. El porcentaje de peso total perdido (%PTP) a 1 y 5 años fue de $32,68 \pm 8,19$ y $28,47 \pm 10,41$ para BG y de $28,46 \pm 10,08$ y $19,17$

$\pm 10,04$ para GT. El porcentaje de peso perdido (%PSP) a 1 y 5 años para BG fue de $70,86 \pm 12,89$ y $60,89 \pm 20,38$; para la GT fue de $56,40 \pm 9,20$ y $39,45 \pm 31,10$. El % exceso de IMC perdido (%EIMCP) para BG fue de $83,92 \pm 24,51$ y de $69,71 \pm 25,70$. Para la GT fueron de $70,45 \pm 31,03$ y $45,93 \pm 36,85$. El porcentaje de remisión/mejoría de las comorbilidades al año fue similar entre ambos grupos (DMT2, HTA, dislipemia, patología osteo-articular y SAOS), si bien hubo diferencias significativas en la comorbilidad asociada al síndrome metabólico (DMT2, HTA, dislipemia) a 5 años en favor del grupo BG: 75%, 81%, 95% frente 60%, 59%, 67% ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica constituye un tratamiento eficaz y seguro para el tratamiento de la obesidad mórbida por sus bajas complicaciones, excelente pérdida de peso y mejoría, resolución de las comorbilidades asociadas a estos pacientes. Al igual que otros estudios, cuando se analizan ambas técnicas a largo plazo, el BG resulta ser en una técnica más eficaz para el tratamiento de la obesidad mórbida por sus mejores resultados en cuanto a pérdida ponderal y resolución de comorbilidades asociadas al síndrome metabólico.

CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN: EXPERIENCIA EN EL H.U. RAMÓN Y CAJAL ENTRE 2010-2016

V. Vaello Jodra, M. Cuadrado Ayuso, P. Priego Jiménez, S. Fra Fernández, D. Ramos Rubio, F. García-Moreno Nisa, A. Ballester Pérez, J.I. Botella Carretero, J. Galindo Álvarez.

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

OBJETIVOS

El aumento de los procedimientos de cirugía bariátrica conlleva un aumento de las cirugías de revisión, por falta de pérdida de peso o por complicaciones de la cirugía inicial.

Se ha definido como criterio de calidad una tasa de revisión anual inferior al 2%, siendo un procedimiento asociado a una mayor morbi-mortalidad. Revisamos nuestros resultados en cuanto a fracaso y complicaciones de la cirugía bariátrica y su morbi-mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de la cirugía bariátrica de revisión realizada desde enero del 2010 hasta diciembre de 2016, recogiendo las indicaciones y tasa de revisión de la cirugía bariátrica realizada según las diferentes técnicas: Banda gástrica ajustable (BGA), Sleeve Gástrico Laparoscópico (SGL) y By-pass Gástrico laparoscópico (BPG) y la morbi-mortalidad de la cirugía de revisión durante este periodo.

RESULTADOS

Se realizaron 820 intervenciones, de las cuales 81 (10%) fueron cirugías de revisión.

De las 34 BGA colocadas realizamos 14 cirugías de revisión, con una tasa de revisión global del 41.1%. 3 pacientes (8.8%) presentaron alguna complicación: disfagia (2 pacientes), reflujo gastroesofágico (RGE) con esófago de Barrett (1 paciente), encontrando en el 100% de los casos fracaso de la BGA en el seguimiento.

De los 323 pacientes en los que se realizó un SGL, 20 pacientes requirieron una cirugía de revisión, lo que supone una tasa del 6.19%. La indicación fue por fracaso en el 15% (3 pacientes), RGE en el 15% (3 pacientes) y en el 60% RGE asociado a falta o reganancia de peso.

Se realizó 1 cirugía de revisión de los 339 BPG por falta de pérdida de peso.

De las 51 cirugías de revisión de BGA, 20 (39.2%) fueron retiradas de BGA, 18 (35.29%) conversiones a SGL y 13 (25.49%) conversiones a BPG. La tasa de conversión a cirugía abierta fue del 6% (3 pacientes), con una morbilidad del 13.7% (7 pacientes) y una mortalidad del 0%.

El 100% de la cirugía de revisión de SGL (23 pacientes) fue conversión a BPG, el abordaje fue laparoscópico en el 95.6% (22 pacientes), con una tasa de conversión del 4.3%, una morbilidad del 8.6% (2 pacientes) y una mortalidad del 0%.

Se realizaron 3 alargamientos de asa de BPG, 1 conversión de Scopinaro a BPG y 1 alargamiento de canal común de un Scopinaro previo, con una morbilidad del 60% (3 pacientes) y una mortalidad del 0%.

CONCLUSIONES

En nuestra serie la tasa de cirugía de revisión fue del 9.5% (excluyendo los procedimientos bariátricos realizados en el año 2016), la tasa anual fue del 1.9%.

Las tasas de conversión fueron mayores en la BGA (29%) que en el SG (6%) que en el BPG (0%) con una morbilidad global del 17.28% y una mortalidad del 0%.

En nuestra experiencia la cirugía de revisión es un procedimiento con una baja morbi-mortalidad, creemos que una adecuada selección de pacientes para la indicación en la primera cirugía y una adecuada técnica quirúrgica permiten mantener una baja tasa de cirugía de revisión.

SÍNTOMAS CLÍNICOS Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

M. Lapeña, N. Cassinello, R. Alfonso, D. Martí, V. Sanchiz, J. Ortega.

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

OBJETIVOS

Establecer una relación entre los hallazgos endoscópicos y la sintomatología en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica laparoscópica en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo incluyendo a pacientes intervenidos de cirugía bariátrica laparoscópica a los que se les ha realizado una endoscopia postoperatoria entre en 2006 y 2016. Se analizan los datos referentes a: tipo de cirugía, motivo de solicitud (urgente o programada), hallazgos endoscópicos, tratamiento endoscópico, anatomía patológica y presencia de *Helicobacter pylori*.

RESULTADOS

Un total de 611 pacientes fueron intervenidos en el periodo estudiado, de los cuales a 145 pacientes (74% mujeres, 26% hombres) se les realizó endoscopia posteriormente. El 86% de las endoscopias fueron en pacientes sometidos a by-pass gástrico, el 10% a by-pass gástrico de una anastomosis (BGUA) y el 4% a gastrectomías verticales.

Del total de 145 endoscopias, 21 se realizaron de urgencia siendo la hemorragia digestiva alta (14) (HDA) y la dehiscencia de anastomosis gastro-yeyunal (7) el motivo. Se han identificado 13 motivos diferentes que requirieron endoscopia digestiva alta programada, siendo los más frecuentes: intolerancia oral (52/145, 36%), epigastralgia (37; 25%), reflujo ácido/biliar (10; 7%) y dehiscencia de anastomosis gastro-yeyunal (7; 5%). A 15 (10%) se solicitó para control de esófago de Barret o úlceras en boca anastomótica.

De las endoscopias realizadas de forma programada, en 55 casos (45%) no se evidenció ninguna alteración. En 28/124 (23%) se evidenció úlcera en la anastomosis gastro-yeyunal, el segundo hallazgo más frecuente, 16 casos (13%), se observó estenosis de la anastomosis gastro-yeyunal. En 7 pacientes se evidenció persistencia de esófago de Barret. Sólo en 2 pacientes se objetivó reflujo, uno de ellos en un paciente sometido a BGUA.

En endoscopias urgentes los 20/21 pacientes recibieron tratamiento endoscópico, los casos de dehiscencia 4/6 se les colocó una prótesis y en 4/14 los casos de úlcera sangrante se realizó esclerosis o colocación de clips. El motivo más frecuente de tratamiento endoscópico programado fue la intolerancia secundaria a estenosis (13/16), en los que se realizó dilatación con balón. Otros tratamientos fueron la colocación de prótesis o la inserción de sonda de nutrición enteral.

Se tomaron biopsias en el 83% (30/36) de las úlceras. En ninguno de los casos se evidenció malignidad, y sólo en el 8 casos, se evidenció gastritis crónica, el resto de los casos no hubo hallazgos patológicos en la AP. Del total de 145 casos, sólo a 33 casos se les determinó el H. Pylori siendo positivo en 6 casos. De estos, 3 presentaban en el estudio preoperatorio H.Pylori positivo.

CONCLUSIONES

La intervención que más endoscopias postoperatorias ha requerido ha sido el by-pass gástrico laparoscópico. El motivo de realización más frecuente ha sido la intolerancia.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA ROBÓTICA

J. Tarascó Palomares, P. Moreno Santabárbara, E. Bombuy Giménez, A. Fernández Pujol, C. Matallana Azorín, S. Sentí Farrarons, J.F. Julián Ibáñez.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

OBJETIVOS

Dar a conocer los pasos iniciales para la formación e instauración de un programa de cirugía bariátrica robótica en un Hospital de tercer Nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

En Junio del 2017, el equipo de cirugía bariátrica y metabólica del Hospital Universitari Germans Trias y Pujol de Badalona realizó la formación en cirugía robótica realizando las distintas etapas del proceso de capacitación para el Da Vinci® Surgical System (Intuitive Surgical, Inc.).

En primer lugar, se realizó un curso teórico on-line en la Da Vinci® Community para el sistema robótico Da Vinci® Si y Xi. Luego, se realizó una estancia de 24 horas en el centro de entrenamiento en cirugía mínimamente invasiva, IRCAD de Estrasburgo, para la formación con simulación del Da Vinci® Surgical System Si. Antes de la realización de los primeros casos se realizaron dos estancias para ver cirugía en directo, primero con el Dr. Carlos Vaz en el Hospital Infante Santo en Lisboa y la segunda a manos del Dr. Ramón Vilallonga en el Hospital del Vall de Hebrón en Barcelona. Los primeros 4 casos se realizaron con la tutorización del Dr. Ramón Vilallonga y el Dr. José Manuel Fort del Vall de Hebrón.

RESULTADOS

Desde Junio hasta Diciembre del 2017, hemos realizado 15 procedimientos totalmente robóticos (TR-RYGBP) sin ninguna incidencia ni intraoperatoria ni en los 30 días posteriores a la intervención. La media de edad ha sido de 48'5 años (rango, 38-59), la media de IMC ha sido de 42 Kg/m² (rango, 37-48), la media de tiempo quirúrgico, entendido desde inicio de la primera incisión hasta el cierre de las mismas, ha sido de 190 minutos (rango, 145-215), el tiempo medio de Docking ha sido de 8 minutos (rango, 4-14), la estancia media ha sido de 3,6 días (rango, 3-6).

CONCLUSIONES

Como aparece en la literatura, nosotros hemos observado una curva de aprendizaje muy rápida con una mejora clara de los tiempos quirúrgicos con sólo 15 casos. A pesar de que la cirugía robótica todavía no está al alcance de todos los centros u hospitales, nuestra conclusión y perspectiva como principiantes en cirugía robótica es de la clara mejora para el cirujano en cuanto a ergonomía, precisión, seguridad y más facilidad para la realización del procedimiento.

CIRUGÍA METABÓLICA IRLANDESA: EL PRIMER ESTUDIO PILOTO

Z. Bodnar¹, A. Khamis¹, P. O'connor¹, E. Tidrenczel², C. Le Roux³.

¹ Hospital Universitario de Letterkenny, Letterkenny; ² Centro Médico de Locumotion, Letterkenny; ³ Instituto de Conway, Dublin.

OBJETIVOS

Hasta hace poco, la diabetes era una enfermedad básicamente clínica. Los primeros resultados de que la cirugía bariátrica es capaz de lograr un control muy bueno de la diabetes de tipo 2 provienen de los años noventa. Durante los últimos años se aceptó la separación entre la cirugía bariátrica (se enfoca a la reducción de peso en pacientes con IMC mayor a 40 ó 35 kg/m² con comorbilidades) y la cirugía metabólica (procura el control glucémico y la reducción de factores de riesgo cardiometabólicos en pacientes con diabetes de tipo 2 y obesidad de grado 1-IMC entre 30 y 34.9 kg/m²). Afortunadamente la población Irlandesa tiene el IMC más alto en la Unión Europea y el número total de los pacientes diabéticos se duplicó durante los últimos dos años. Basándose en los mencionados se organizó y se realizó el primer estudio piloto de la cirugía metabólica Irlandesa durante el año pasado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta detalladamente el primer estudio piloto de cirugía metabólica Irlandesa. El estudio se incluyó 15 pacientes diabéticos con los siguientes requisitos básicos: que la diabetes tenga más de dos años de evolución, que la edad sea inferior a 70 años y que el nivel de HbA1C sea mayor a 8% durante al menos un año con fracaso al tratamiento médico adecuado. Todos los pacientes estaban operados por el mismo cirujano principal y se realizó el mismo bypass gástrico laparoscópico en cada caso. La primera operación se realizó el día 22 de Mayo y la última el día 11 de Diciembre 2017.

RESULTADOS

Los autores se presentan los resultados de corto plazo del primer estudio piloto de cirugía metabólica Irlandesa.

CONCLUSIONES

El bypass gástrico tiene un efecto de gran importancia en la resolución de la diabetes de tipo 2, por lo cual las cirugías bariátrica y metabólica deberían ser incluidas en el próximo programa nacional quirúrgico de Irlanda.

IMPACTO DE LA DIETA HIPOCALÓRICA PREVIA A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA SOBRE LA PERDIDA DE PESO A LARGO PLAZO

S. Núñez O` Sullivan ¹, C. Delgado Miguel ², J.D. Sánchez López ¹, E. Ferrero Celemín ¹, E. Martínez Sancho ¹, F. Del Castillo Díez ¹, J.M. Gil López ¹, A.L. Picardo Nieto ¹.

¹ Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes; ² Hospital Universitario La Paz, Madrid.

OBJETIVOS

Las dos técnicas más utilizadas en cirugía bariátrica son la gastrectomía vertical y el by-pass gástrico. El protocolo de nuestra unidad incluye la administración de una dieta de muy bajo contenido calórico (VLCD) durante 4-6 semanas previas a la intervención. El objetivo de este trabajo es analizar el impacto de la VLCD en los pacientes que reciben tratamiento quirúrgico, y valorar si la pérdida de peso antes de la intervención quirúrgica se relaciona con la pérdida de peso a largo plazo, y si el impacto de la VLCD es diferente según edad y sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis prospectivo con los 377 pacientes sometidos a by-pass gástrico o gastrectomía vertical en nuestro hospital, desde abril de 2010 hasta diciembre de 2017. Se seleccionaron 343 pacientes (232 mujeres, 111 varones) que siguieron la VLCD durante 4-6 semanas previas a la cirugía, con un precio estimado de 680€. Se compararon la disminución de peso e IMC, el porcentaje de pérdida de peso (%PP) y de IMC antes y después de la VLCD, así como el porcentaje de peso total perdido (%TWL), con una mediana de seguimiento de 22 meses. Se analizó la existencia de correlación entre el peso perdido durante la VLCD, el peso perdido tras la cirugía y el peso total perdido. Se realizó un análisis por subgrupos según el sexo y edad (<30 años; 30-50 años y >50 años).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se observó tras la VLCD una disminución de peso de $9,12 \pm 4,14$ kg, un %PP de $7,51 \pm 2,80\%$, con una disminución de IMC de $3,38 \pm 1,42$, siendo esta diferencia estadísticamente significativa respecto a los valores previos a la dieta ($p < 0.001$).

Se demostró la existencia de una correlación positiva entre la pérdida de peso tras la VLCD con la pérdida de peso a largo plazo tras la cirugía ($\rho = 0.138$, $p = 0.01$), así como con la pérdida total de peso ($\rho = 0.402$, $p < 0.001$). Al realizar el análisis por sexos se encontró en el grupo de varones una mayor pérdida de peso ($11,31 \pm 4,75$ kg) y un mayor %PP ($8,51 \pm 2,95$) después de la VLCD; siendo ambas estadísticamente significativas frente a las mujeres ($p < 0.001$), sin embargo, a largo plazo el %TWL fue mayor en mujeres ($23,67 \pm 10,84$ kg) frente a los hombres ($20,68 \pm 9,06$ kg, $p < 0.008$).

Al estratificar por grupos de edades se observa una mayor pérdida de peso con la VLCD en <30 años en comparación con los otros dos grupos de edad ($11,04 \pm 3,98$ kg, $p = 0.046$), además de una mayor pérdida de peso a largo plazo tras la cirugía ($35,17 \pm 13,19$, $p < 0.001$).

Pese a que el coste económico de la VLCD podría influir negativamente en su seguimiento, en nuestra serie más del 90% de los pacientes la cumple. A mayor pérdida de peso con la VLCD mayor pérdida de peso a largo plazo tras la cirugía, por lo tanto la adhesión a la VLCD podría predecir la evolución postoperatoria. Los pacientes más jóvenes pierden más peso con la VLCD y tras el tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA SECO SOBRE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

J.D. Sánchez López, C. Delgado, S. Núñez O`sullivan, E. Ferrero, F. Del Castillo, J.M. Gil, A. Picardo.

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

OBJETIVOS

Conocer a través de un sistema de encuesta online la opinión de los miembros de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) sobre la calidad de vida de los pacientes bariátricos, correlacionar sus opiniones con el número de pacientes intervenidos por año y técnicas realizadas y determinar con qué frecuencia se utilizan formularios estandarizados de calidad de vida en el seguimiento de sus pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre el 30 de Octubre de 2017 y el 21 de Enero de 2018 se enviaron 3 correos electrónicos a la lista de correo de la SECO. La encuesta constaba de 5 preguntas relativas al número de procedimientos bariátricos y técnicas realizadas por año, la opinión subjetiva sobre la calidad de vida percibida por el cirujano según la técnica realizada y, finalmente, una pregunta acerca de la aplicación de algún formulario estandarizado sobre calidad de vida tras la cirugía (BAROS, SF-36, otros).

RESULTADOS

El porcentaje de encuestas completadas fue del 36% (144/401). En el 86% de los casos se necesitaron menos de 5 minutos para completar la encuesta. El 89% de los encuestados forman parte de una Unidad específica de Cirugía Bariátrica dentro de su Servicio. La media de procedimientos/año realizados es de 74,76 (4-300), con un porcentaje del 50,9% correspondiendo al By pass gástrico (BG), un 39% a la Gastrectomía Vertical (GV), un 6% a técnicas malabsortivas y un 4% a otras técnicas (principalmente By Pass gástrico en una anastomosis). El 54% de los grupos no utiliza ninguna escala de medición y seguimiento de la calidad de vida de sus pacientes. Entre los que sí las utilizan, la más frecuentemente usada es la escala BAROS. En cuanto a la valoración subjetiva de los cirujanos sobre la calidad de vida de sus pacientes intervenidas no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes técnicas quirúrgicas de forma global, aunque cuando estratificamos según número de intervenciones/año, aquellos grupos que operan más de 150 pacientes/año otorgan menor puntuación en calidad de vida a la GV ($p < 0,05$). Se observa asimismo como el porcentaje de procedimientos malabsortivos sobre el total aumenta de forma significativa en los grupos con más de 150 casos al año, principalmente a expensas de una disminución en el número de gastrectomías verticales realizadas.

CONCLUSIONES

Existe una amplia variabilidad en el número de casos/año intervenidos en las diferentes unidades de cirugía bariátrica de nuestro entorno, en el que a pesar de la tendencia actual, el procedimiento más realizado es el By Pass gástrico, que supone la mitad de los casos. En el 46% de las unidades no se utiliza ninguna escala de valoración de calidad de vida. La valoración subjetiva de los cirujanos bariátricos sobre la calidad de vida de sus pacientes tras la intervención no muestra diferencias significativas entre las diferentes técnicas, excepto en aquellos centros con alto volumen de intervenciones (>150 casos/año) en los que se otorga una puntuación significativamente menor a la Gastrectomía Vertical cuando se compara con los centros con menor número de intervenciones.

USOS DEL VERDE DE INDOCIANINA EN LA PREVENCIÓN DE LA DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

J.M. García Pérez ¹, R. Vilallonga Puy ², J.M. Fort López-Barajas ², E. Caubet Busquet ², Ó. González López ², J.M. Balibrea Del Castillo ², G.P. Protti ², M. Jofra Castells ², M. Adell Trapé ², M. Armengol ².

¹ Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca; ² Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

OBJETIVOS

Las dos técnicas más utilizadas actualmente en Cirugía Bariátrica son la gastrectomía vertical (GV) y el bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux laparoscópico (BGL). Son dos técnicas no exentas de morbilidad, siendo la fuga anastomótica y el sangrado las dos principales y con más riesgo. Presentan según la serie una incidencia de entre el 5-11% y son consideradas complicaciones grado III-IV según la clasificación de Clavien y Dindo. Actualmente, métodos como la infusión oral de azul de metileno son ampliamente usados para realizar test de fuga anastomótica. Considerando la capacidad de difusión del Verde de Indocianina (VI) en los tejidos y su inocuidad se diseña este estudio en el que se pretende comprobar su utilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

En base a la evidencia y teniendo en cuenta la situación real de las complicaciones de la cirugía de la obesidad se plantea la realización de un estudio piloto, la primera fase del cual tiene la intención de demostrar la utilidad del VI como marcador no invasivo de la vascularización de la línea de grapado en la GV y en las anastomosis del BGL mediante el uso de cámara de infrarrojos (IR) laparoscópica. Basándose en el mismo principio y en un grupo reducido de pacientes, se inyecta vía oral VI diluido con azul de metileno para comprobar si fuga.

Se han incluido 36 pacientes sometidos a GV y a BGL o a cirugía de conversión de GV a BGL. En todos ellos se les administró VI y se utilizó la imagen con IR para analizar la anastomosis. Según el grado de fluorescencia detectada las imágenes se clasificaron en captación baja, media o alta.

RESULTADOS

Se realizaron 34 BGL, 1 GV y 1 conversión de GV a BGL. No se detectaron complicaciones intra o postoperatorias. La captación de VI se clasificó como alta en 33 (91,6%) y media en 3 (8,3%). En un grupo de 7 pacientes, todos ellos sometidos a BGL se les inyectó vía oral azul de metileno más VI y en un caso se evidenció una microfuga de azul pero no de VI que condicionó un refuerzo local y que no provocó complicación posterior alguna.

CONCLUSIONES

El uso de esta técnica ha demostrado ser un método sencillo y fiable de obtener información instantánea de la perfusión de los tejidos. Sin embargo, debido a la baja tasa de complicaciones en este estudio parece difícil determinar la relación entre vascularización y probabilidad de dehiscencia. Hacen falta más estudios con mayor reclutamiento y sobretodo, un método más preciso para evaluar el nivel de fluorescencia que nos permita inferir con mayor seguridad el estado de la anastomosis.

GRELINA ACTIVA Y SU CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA EN DIFERENTES ZONAS DEL ESTÓMAGO EN PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS INTERVENIDOS MEDIANTE GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

D. Parada, F. Sabench, M. Vives, A. Molina, È. Bartra, E. Homs, K. Peña, F. Riu, A. Sánchez, D. Del Castillo.

Hospital Universitari Sant Joan. Facultat de Medicina, Reus.

OBJETIVO

La Ghrelina, es una hormona peptídica orexígena de 3,08 kDa producida principalmente por la mucosa gástrica. Existen dos formas diferentes de Ghrelina: Ghrelina acilada, con un ácido octanoico en la serina³ (Ghrelina activa) y Desacilghrelina, sin el grupo octanoico. La Ghrelina activa tiene una vida media corta, y una vez liberada, será convertida a Desacilghrelina. Estas dos formas tienen efectos diferenciales en los tejidos: mientras que la Ghrelina activa ha sido implicada en el control de la ingesta de alimentos y evoca el aumento de peso por acciones hipotalámicas, la Desacilghrelina puede participar en alguno de estos procesos pero su función exacta es aún desconocida. El objetivo del estudio fue evaluar los niveles plasmáticos de grelina activa y desacyl en pacientes con obesidad mórbida sometidos a Gastrectomía Vertical por laparoscopia (GVL). También evaluamos las células gástricas productoras de Ghrelina y su correlación con los niveles plasmáticos de ambas formas isoformas.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio incluye 61 pacientes con obesidad mórbida sometidos a GVL. Los niveles plasmáticos de grelina se obtuvieron en el momento de la cirugía, y seis y doce meses después. Las muestras del antro, cuerpo y fundus se procesaron mediante estudio histológico convencional e inmunohistoquímica para células productoras de grelina.

RESULTADOS

De los pacientes estudiados, el 73,8% correspondieron a mujeres y el 26,2% a hombres, con edades comprendidas entre los 27 y 73 años. El IMC promedio fue de 51,1 kg / m². Los niveles de Desacylgrelina en el grupo control fueron significativamente más altos que para los pacientes obesos. Seis y doce meses después de la cirugía, los niveles plasmáticos de grelina activa mostraron diferencias significativas y evidenciaron una disminución sostenida de los valores plasmáticos. No ocurre así con la forma Desacyl. El estudio inmunohistoquímico mostró un total de 786.30+465.28 células con positividad citoplasmática. Las células positivas a Grelina se aislaron o en pares, aunque se observaron ocasionalmente grupos más grandes de células. En la región del antro, se encontró 217.28+196.64 células, en el cuerpo 292.18+ 231.55 y en el fundus 276.84+166.296 células. La comparación de entre la topografía gástrica y células de Grelina mostró una diferencia significativa entre antro versus cuerpo y antro versus fundus (p: 0.006 p: 0.004, respectivamente). Finalmente, en el estudio de relación de los niveles plasmáticos de Grelina desacyl y activa a los doce meses después de la cirugía con las células de grelina gástrica total, observamos una correlación positiva con los niveles de Grelina activa, pero este fenómeno sólo se produce en la localización antral.

CONCLUSIÓN

Nuestros resultados demuestran que la GVL es un método efectivo para reducir los niveles plasmáticos de grelina activa. Las células gástricas de Grelina, su cuantificación y su ubicación topográfica muestran variaciones entre ellas y con los niveles plasmáticos de grelina activa y total. Recientes estudios sugieren la presencia de dos líneas celulares diferenciadas; medir la actividad mediante técnicas de imagen y metabólicas puede ser la clave para "mapear" el estómago y sin duda extraer una conclusión de elevada relevancia quirúrgica.

COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE BY-PASS GÁSTRICO Y GASTRECTOMÍA VERTICAL TRAS 8 AÑOS DE SEGUIMIENTO. EVOLUCIÓN PONDERAL Y DE LAS COMORBILIDADES ASOCIADAS

J.D. Sánchez López, C. Delgado, S. Núñez O´ Sullivan, E. Ferrero, F. Del Castillo, J.M. Gil, A. Picardo.

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

OBJETIVOS

Presentar los resultados en cuanto a evolución ponderal y de las comorbilidades asociadas en una serie de pacientes con obesidad mórbida intervenidos en nuestra Unidad entre Abril de 2010 y Diciembre de 2017. Se describen las características de los pacientes intervenidos y se comparan los resultados de las dos técnicas realizadas: By Pass gástrico laparoscópico (BGL) y Gastrectomía Vertical laparoscópica (GVL).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en el que se analiza una serie de 358 pacientes consecutivos intervenidos de forma primaria por obesidad mórbida en la Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica del Hospital Universitario Infanta Sofía (Madrid). Se analizan y comparan las variables de evolución del peso postoperatorio y la modificación durante el seguimiento de las comorbilidades mayores asociadas (DM tipo II; HTA; SAHS) en función de la técnica realizada. Asimismo, se comparan los resultados de ambas técnicas en función de la edad, el sexo, el IMC preoperatorio, etc.

RESULTADOS

Mujeres 68,2% vs 31,8% varones. Edad promedio: 48,2 años mujeres y 48,3 años varones. Mediana de seguimiento 22 meses (1-81) Comorbilidades preoperatorias: DM tipo II 37%; HTA: 49%; SAHS 59%. El IMC previo a la intervención fue de 46.05 ± 7.04 para el grupo GV y 44.02 ± 4.45 para el grupo BG ($p=0.107$, *ns*). En la Tabla 1 se muestra el análisis y la significación estadística de diferentes variables según el sexo y en la tabla 2 presenta la evolución de las comorbilidades.

CONCLUSIONES

En nuestra serie de pacientes bariátricos el by pass gástrico obtiene mejores resultados de pérdida ponderal a largo plazo, principalmente en mujeres. Se observan también diferencias significativas relativas a estancia media favorables al by pass en ciertos subgrupos. Por otro lado, no se observan diferencias significativas en la evolución de las comorbilidades entre la GVL y el BGL.

¿ES LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA POR PARTE DEL RESIDENTE UNA PRÁCTICA SEGURA?: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 75 CASOS EN NUESTRO CENTRO

C. Bustamante Recuenco, L. Casalduero García, Á. Sobrino Grande, C. Infante Gonzalo, M. Cendrero Martín, C.J. Gamó Albero, A. Hernández Matías, A. Bertomeu García, J.C. Ruiz De Adana Belbel, J.M. Jover Navalón.

Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

INTRODUCCIÓN

La obesidad ha alcanzado dimensiones epidémicas mundiales y con ello en la última década se han producido grandes avances en las técnicas quirúrgicas en el ámbito de la cirugía bariátrica laparoscópica. Debido a esto, la docencia y el entrenamiento de los residentes en estas técnicas también ha ido ganando importancia. El objetivo del presente estudio es analizar la evolución de la docencia y la seguridad de la misma para el paciente en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo realizado en la Unidad de Cirugía Bariátrica de nuestro hospital analizando los procedimientos realizados por los médicos residentes de cuarto y quinto año desde 2012-2013 hasta 2016-2017. La técnica quirúrgica se estandarizó para el bypass gástrico (realización del pie de asa con anastomosis mecánica latero-lateral y cierre del orificio con punto de Vicryl, reservorio cilíndrico de 20- 30 cc, anastomosis gastroyeyunal manual biplano tutorizada con sonda de frucher de 36F y cierre del defecto mesentérico, del mesocolon y del espacio de Petersen).

RESULTADOS

Se analizaron un total de 75 pacientes: 78.66% mujeres y 21.34% hombres, con una edad media de 44.88 años (DT: 10.21) y un IMC medio de 44.88% (DT: 5.29). Los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados fueron: pie de asa: 51; reservorio: 16; anastomosis gastroyeyunal: 3; banda gástrica: 2; gastrectomía tubular: 2; Bypass gástrico completo: 1. El número de procedimientos al año realizados por residentes fue aumentando, siendo de 5 en 2012- 2013 hasta 24 en 2015-2016 y 2016-2017. El 69.33% de los procedimientos fueron realizados por residentes de 5º año, siendo el 30.66% restante realizado por residentes de 4º año, si bien su participación fue aumentando, siendo del 20% en 2012-2013 y del 41.66% en el año 2015-2016. El tiempo quirúrgico medio fue de 176 minutos (DT: 34.14), permaneciendo estable durante el período analizado. Hubo 7 complicaciones precoces (5 sangrados, 1 fiebre y 1 atelectasia), resueltas con tratamiento conservador; y dos tardías: una hemorragia digestiva alta y una paciente que requirió conversión de tubular a Bypass gástrico por aparición de reflujo gastroesofágico. No se encontraron diferencias entre las intervenciones realizadas por adjuntos y las realizadas por residentes respecto al tiempo quirúrgico y al número de complicaciones. La estancia hospitalaria fue disminuyendo con el paso de los años: 3 días en 2012-2013 y 2.29 en 2016-2017.

CONCLUSIONES

La realización de procedimientos quirúrgicos laparoscópicos en cirugía bariátrica por el residente no va asociado a un aumento del número de complicaciones ni del tiempo quirúrgico en nuestro centro. Esta tendencia se ha mantenido en el tiempo a pesar del aumento del número de procedimientos realizados por el residente. Además se objetivó una disminución de la estancia media hospitalaria.

De estos resultados se puede concluir que la enseñanza del residente a la realización de cirugía bariátrica laparoscópica es segura en nuestro medio y útil no solo en la enseñanza de la cirugía bariátrica sino también en la realización de otros procedimientos laparoscópicos. Son necesarios estudios de tipo prospectivo y con un mayor tamaño muestral para establecer conclusiones con mayor evidencia.

FACTORES PREDICTORES DE FRACASO EN LA PÉRDIDA PONDERAL TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

M. Carmona Agúndez, J. Santos Naharro, I. Jaén Torrejimenó, N. De Armas Conde, I. Gallarín Salamanca, M.J. Matito Díaz, L. Munuera Romero, J. Salas Muñoz, J. Salas Martínez.

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

OBJETIVOS

Evaluar la pérdida de peso en el seguimiento a medio plazo de pacientes intervenidos de gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) e identificar si existen factores predictores de fracaso en dicha pérdida ponderal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de GVL con seguimiento postoperatorio de al menos un año.

La GVL se comenzó a realizar en nuestro centro en 2014 como alternativa al bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) y desde su inicio se realiza de forma estandarizada con abordaje laparoscópico a través de 5 puertos, iniciando la gastrectomía a 5 cm del píloro y tutorizada con sonda de 38 Fr.

Se consideró éxito ponderal si el porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) era mayor a 50%. La significación estadística se fijó en $p < 0,05$.

RESULTADOS

Entre enero 2014 y diciembre de 2016 se realizaron 84 GVL con un seguimiento posterior medio de 27 meses. Las características clínicas de los pacientes se muestran en la tabla 1 y la evolución de la pérdida de peso en el gráfico 1. El PSP medio en el 1º, 2º y 3º año de seguimiento fue 75,8%, 77,21% y 82,29% respectivamente. El 86,9% consiguieron llegar al objetivo de $PSP > 50$ en el primer año y el 3,6% en el segundo año. Solo 8 pacientes (9,5%) no lograron alcanzar en ningún momento el objetivo. En dos casos se realizó cirugía de revisión con conversión a BGYR por pérdida ponderal insuficiente. De los pacientes que lograron el objetivo, 3 presentaron reganancia ponderal con $PSP < 50$.

En el análisis univariante, la edad fue el único factor predictor que influía de forma significativa en la pérdida ponderal, dicho resultado se confirmó en el análisis multivariante con regresión logística ($p = 0,02$; OR 0,93 IC 95%: 0,88-0,99). El resto de variables estudiadas (sexo, IMC, $IMC > 50$, comorbilidades, complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria, perfil glucémico y lipídico preoperatorio) no mostraron diferencias significativas.

Los pacientes con $IMC > 50$ lograron el objetivo $PSP > 50$ y lo mantuvieron durante el periodo de seguimiento en igual medida que los pacientes de menor peso (Gráfico 2).

El análisis con regresión Cox teniendo en cuenta el momento en el que se logró el objetivo, no mostró tampoco diferencias significativas en las variables estudiadas (Gráfico 3).

CONCLUSIONES

Según los resultados de nuestro estudio, la GVL es un procedimiento eficaz en la pérdida ponderal a medio plazo, incluso en pacientes con superobesidad mórbida y más de una comorbilidad.

A diferencia de publicaciones recientes, el IMC, la presencia DM2 o el sexo, no mostraron estar relacionadas con el fracaso en la pérdida ponderal.

Se precisa mayor número de pacientes con un seguimiento a largo plazo para confirmar nuestros hallazgos y llegar a conclusiones definitivas.

Tabla 1.

Características clínicas	n (±DE) (%)/Media
Edad (años)	44,34 (16,68)
Hombre: Mujer	24 (28,60): 60 (71,40)
Comorbilidades	
DM2	26 (31)
HTA	38 (45,2)
Dislipemia	27 (32,1)
Artropatía	45 (53,6)
SAHOS	36 (42,9)
IMC inicial (kg/m ²)	49,63 (7,4)
Pacientes con IMC > 50	37 (44)
Complicaciones mayores (Clavien Dindo >III)	10 (11,9)
Mortalidad	0

CIRUGÍA DE CONVERSIÓN: IMPACTO EN LA PÉRDIDA PONDERAL Y EN LA REDUCCIÓN DE LAS COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA OBESIDAD A LARGO PLAZO

I. Mora Oliver, R.M. Martí Fernández, J. Martín Arévalo, M. Lapeña, M. Fernández Moreno, C. Fairén Oro, M.D. Cuenca Ramírez, N. Cassinello, R. Alfonso, J. Ortega Serrano.

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

OBJETIVOS

Está fuera de toda duda el excelente resultado de la cirugía bariátrica en la obesidad, pero sigue existiendo un cierto porcentaje de fallos que obligan a una segunda intervención con los riesgos asociados que conlleva y resultados inciertos a largo plazo. El objetivo del presente estudio es valorar la eficacia de la cirugía de conversión tras el fallo de cirugía bariátrica inicial en el mantenimiento de las pérdidas ponderales y reducción de las comorbilidades asociadas a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los datos de todos los pacientes obesos intervenidos mediante cirugía de conversión debido a una reganancia de peso, mantenimiento de un $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ o una pérdida $< 50\%$ del peso inicial en la Unidad de Cirugía Endocrina y Obesidad de nuestro centro entre marzo de 1992-enero de 2017. Se analizan los datos demográficos, antropométricos (peso, talla, IMC) y comorbilidades (DM2, HTA, DL, SAOS, insuficiencia venosa) en 5 periodos de tiempo: inicial, post-cirugía1 (peso e IMC mínimo alcanzado), pre-cirugía2, post-cirugía2 (peso e IMC mínimo alcanzado) y actualidad; así como datos referentes a la cirugía (abordaje, estancia hospitalaria, complicaciones). Para el análisis estadístico se empleó la T-student apareada, los test de Wilcoxon y McNemar, considerándose significación estadística $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyen un total de 112 pacientes, 71,4% mujeres (n=80) y 28,6% hombres (n=32), con una media de edad de 40,2 años, intervenidos inicialmente mediante gastrectomía vertical anillada (32.1%), banda gástrica (23.2%), bypass gástrico (21.4%), sleeve (21.4%) y cruce duodenal (1.8%). Se practicaron diferentes técnicas de conversión que incluían: bypass gástrico, sleeve, "mini" bypass gástrico, acortamiento de asa común en bypass previo y derivación bilio-pancreática, entre otras. Al comparar las diferencias de peso entre los distintos periodos de tiempo, se evidencia una reducción del peso inicial de $144,21 \pm 30,29 \text{ Kg}$ a $101,53 \pm 21,81$ tras la cirugía-1; de $115,65 \pm 24,01$ a $91,54 \pm 18,99$ tras la cirugía-2 y $94,7 \pm 16,4$ en la actualidad, con un p-valor $< 0,00$. Lo mismo ocurre con el IMC (de $52,01 \pm 8,63$ a $36,69 \pm 7,43$; de $41,89 \pm 6,57$ a $33,11 \pm 6,11$; actual $34,98 \pm 6,51 \text{ kg/m}^2$ respectivamente). En el caso de las comorbilidades sin embargo, existe una reducción estadísticamente significativa para la DM2 y la HTA tras la primera intervención, sin existir diferencias significativas entre el resto de los periodos de tiempo. 3 pacientes tuvieron que ser reintervenidos por dehiscencia de anastomosis tras la cirugía de conversión.

CONCLUSIONES

La cirugía de conversión asocia una morbilidad perioperatoria más elevada y un ratio riesgo-beneficio alto comparado con el procedimiento inicial. A pesar de ello, en nuestra experiencia se produce una reducción de peso significativa, aunque no suele superar a la pérdida alcanzada tras la primera cirugía, y que a diferencia de ésta, se mantiene a largo plazo. La tasa de morbilidad perioperatoria es aceptable y justificaría su aplicación práctica, a pesar de que el impacto en las comorbilidades asociadas es mayor tras la primera intervención que en las sucesivas intervenciones.

RESULTADOS DEL BYPASS GÁSTRICO COMO CIRUGÍA BARIÁTRICA DE CONVERSIÓN. INFLUENCIA DE LA INTERVENCIÓN PRIMARIA

R. Martí Fernández, M.D. Cuenca Ramírez, I. Mora Oliver, M. Lapeña Rodríguez, M.C. Fernández Moreno, C. Fairén, R. Alfonso Ballester, N. Cassinello Fernández, J. Ortega Serrano.

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

OBJETIVO

Analizar la eficacia, en cuanto a pérdida de peso y mejoría o resolución de comorbilidades, del bypass gástrico como cirugía de conversión en la obesidad mórbida tras cirugía bariátrica inicial restrictiva, evaluando si existen diferencias según la cirugía primaria realizada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo incluyendo a pacientes inicialmente intervenidos de obesidad mórbida (mediante gastrectomía vertical, gastrectomía vertical anillada o banda gástrica) que han sido reintervenidos, bien por ganancia de peso o por pérdida de peso insuficiente, en nuestro centro desde marzo de 1992 hasta enero de 2017 mediante bypass gástrico. Se recogen los datos demográficos, antropométricos (peso, talla, IMC), comorbilidades asociadas (HTA, DMII, SAOS, dislipemia), datos relativos a la cirugía (tipo de cirugía inicial, abordaje, complicaciones postoperatorias, estancia postoperatoria) que se evalúan en cinco fechas diferentes: inicial (previo a primera intervención), tras la primera intervención quirúrgica, antes de la segunda intervención (bypass gástrico), tras el bypass gástrico y en la actualidad.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 63 pacientes en el estudio. La técnica inicial fue en un 52,4 % de los casos la gastroplastia vertical anillada (n=33), en el 28,6% de los casos la gastrectomía vertical (n=18) y en el 19% de los casos la banda gástrica ajustable (n=12). Un 69,8 % eran mujeres, la media de edad fue de 39 años y la media del peso inicial fue de 143,53 kg. La pérdida de peso de los pacientes fue significativa en todos los periodos con respecto al peso inicial, la media de disminución del peso tras la primera intervención fue de 42.57 kg y tras el bypass gástrico de 25.74 kg, diferencias estadísticamente significativas. También se evidenció una disminución en la prevalencia de las comorbilidades a estudio, pasando del 38,7% de DMII; 35,5% de HTA; 27,4% de dislipemia y 22,6% del SAOS al 25,8%, 32,3%, 25,8% y 19,4% tras la primera intervención y al 16,1%; 25%; 14,3% y 17,9% tras la segunda intervención respectivamente, sin ser estas diferencias estadísticamente significativas. No se encontraron diferencias en cuanto a la estancia hospitalaria y las complicaciones postquirúrgicas. Al comparar los grupos de pacientes según la técnica quirúrgica inicial, se apreció que la mejoría de los parámetros antropométricos tras el bypass gástrico era superior cuando la operación inicial había sido la banda gástrica ajustable, con diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

El bypass gástrico es una técnica efectiva como cirugía de conversión tras una técnica restrictiva previa, obteniéndose una reducción significativa del peso y del IMC, con una tasa de morbilidad aceptable. Los resultados del bypass como técnica de conversión son superiores cuando la primera intervención ha sido una banda gástrica ajustable.

GASTRECTOMÍA VERTICAL Y DERIVACIÓN DUODENO-ILEAL (SADIS) EN DOBLE OBESIDAD (GRADO IV)

J. Baltar, I. Baamonde, A. Martis Sueiro, M. Barcena, R. Peinó, M. Pardo, J. Brenlla, B. Escudero, I. Mella, M. Bustamante.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía vertical (GV) con derivación duodeno-ileal (GV + DDI - SADIS) es una derivación bilio-pancreática (DBP) que bajo denominaciones y formas diferentes suscita un creciente interés. Esta operación puede ser incorporada a un tratamiento secuencial: GV → GV + DDI ↔ Cruce Duodenal (CD). Se considera que los pacientes con Obesidad Mórbida grado IV o Doble Obesidad (DO) tienen un mayor riesgo quirúrgico y peores resultados tras cirugía bariátrica. Entre las técnicas propuestas las DBP son consideradas las más eficaces para este grupo de pacientes. Este estudio analiza nuestros resultados en DO con esta nueva intervención.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo observacional de 26 pacientes con DO intervenidos en nuestra unidad entre 2013 y 2017. Intervención por laparoscopia: GV desde 5 cm del píloro sobre sonda 32 Fr + sobresutura + epiploplastia. Derivación D-I con anastomosis manual a 300 cm de la válvula ileocecal. Se realizaron gestos asociados cuando se consideró indicado y seguro.

RESULTADOS

65% mujeres. Edad media 45,4. IMC medio 57 (min 50-max 68). Diabetes en 10 pacientes (38%), SAOS en 21 (80.7%), HTA en 15 (57.6%). Todas las operaciones fueron completadas por laparoscopia. Gestos asociados: colecistectomía (5), hernia/laparocele (3), viscerolisis (1), divertículo de Meckel (1). Complicaciones postoperatorias

(1m): flebitis 1, taquicardia 1, náuseas-vómitos 3, diarrea 1 (Clavien-Dindo (C- D) I, 11.5%).

Estancia media hospitalaria: 3.1 d. Reingresos durante el primer mes (7.6%): apendicitis 1 caso (C- D 3b), absceso de pared drenado con control ecográfico 1 caso (C- D 3a).

Reintervenciones tardías: torsión de la GV (1), hernia epigástrica incarcerada (1). Pacientes con seguimiento ≥ a 12m (min 12-max 58), 16 pacientes: %EIMCP: 78.8%.

No hubo reintervenciones por fracasos ponderales, pero dos pacientes son valoradas por recuperación de peso progresiva.

Tres pacientes tienen niveles de albúmina ligeramente inferiores a la normalidad. Cinco pacientes presentan déficit de Fe, todos con suficiente respuesta a tratamiento oral.

Una paciente requiere tratamiento para la DM y 2 pacientes para la HT (en una reducido). Todos los pacientes con SAOS mejoraron.

CONCLUSIONES

- La GV + DDI o SADIS es una alternativa interesante al CD en pacientes con DO por sus complicaciones postoperatorias aceptables y resultados iniciales favorables a medio plazo.
- Es necesario un seguimiento más prolongado para saber si es suficiente en pacientes con DO.
- En fracasos por pérdida de peso insuficiente la transformación a CD es posible.

ESTUDIO DE CITOQUINAS SÉRICAS IMPLICADAS EN LA MEJORA DE LA INFLAMACIÓN Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

E. Cuello Guzmán ¹, J. Carmona-Maurici ², E. Pardina ², F. Herrerías ¹, N. Mestres ¹, A. Lecube ¹, M.C. De La Fuente ¹, J.J. Olsina ¹, J. Peinado-Onsurbe ², J.A. Baena ¹.

¹ Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; ² Facultad de Biología Universidad de Barcelona, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Algunos de los efectos beneficiosos de la cirugía bariátrica sobre el riesgo cardiovascular asociado con la obesidad podrían prevenir la progresión de la ateromatosis en etapas iniciales. Las citoquinas, las quimioquinas y los factores de crecimiento son moduladores potenciales del riesgo cardiovascular. Los avances en el conocimiento de esta red altamente compleja de moléculas abrirán el camino para una mayor eficacia de las intervenciones terapéuticas. El objetivo de este estudio es hacer una evaluación preliminar de las principales moléculas que podrían estar involucradas en las fases iniciales de la aterosclerosis mediante la comparación de moléculas séricas relacionadas con la inflamación y la angiogénesis en obesos mórbidos sin placas ateroscleróticas antes de la cirugía bariátrica y después de seis meses de ésta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluamos la presencia y el comportamiento de 105 marcadores de inflamación en plasma de 4 pacientes obesos mórbidos (IMC ≥ 40 kg / m²) que se sometieron a cirugía bariátrica, antes y después de un período de seguimiento de seis meses. La cantidad relativa de proteínas se midió en membrana mediante un inmunoensayo en sándwich (R & D Systems). Preoperatoriamente se realizó ecografía carotídea descartándose presencia de placas ateromatosas en los pacientes de nuestra serie. Los enfermos si presentaban lesiones previas a la aparición de placas de ateromatosis (aumento de densidad de vasa vasorum adventiciales).

RESULTADOS

En general, hubo una disminución de los marcadores proinflamatorios como TNF- α , leptina, IL-2, IL-3, IL23, IL-17A, Dkk-1 y LIF. Sorprendentemente, no hubo cambios en IL1 β mientras que IL-12 e IL-18 aumentaron. La mayoría de las interleuquinas antiinflamatorias como IL-5, IL-10, IL-11, IL-13 e IL-15 aumentaron a los seis meses, sin embargo IL-4 no se vio modificada. La IL-19 y la IL-22 se redujeron después de la cirugía. Las proteínas angiogénicas como Ang-1, Ang-2, FGF básico, PDGF, TGF- α , VEGF y mieloperoxidasa disminuyeron a los seis meses.

CONCLUSIÓN

La disminución de los mediadores proinflamatorios, el aumento de algunos marcadores antiinflamatorios y la reducción de las citoquinas angiogénicas asociadas con la cirugía bariátrica establecen el punto de partida para un análisis más profundo sobre la participación de estas moléculas en la progresión y la mejora del riesgo cardiovascular en pacientes con obesidad mórbida.

DISMINUCIÓN DEL ESTRÉS OXIDATIVO EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

E. Cuello Guzmán¹, J. Carmona², E. Pardina², N. Mestres¹, F. Herreras¹, A. Lecube¹, M.C. De La Fuente¹, J.J. Olsina¹, J. Peinado-Onsurbe², J.A. Baena¹.

¹ Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; ² Facultad de Biología Universidad de Barcelona, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La obesidad se considera un estado de estrés oxidativo (EO) definido como el desequilibrio entre la producción de sustancias pro-oxidantes y las defensas antioxidantes.

OBJETIVOS

Verificar si existe EO en pacientes con obesidad mórbida y evaluar los cambios en los agentes anti y prooxidantes séricos después de la cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluamos la cantidad de marcadores séricos del sistema oxidativo como LDL oxidada (LDL-ox) por el método de ELISA y la formación de malondialdehído (MDA) por el método del ácido tiobarbitúrico (TBARS). También medimos los niveles de agentes antioxidantes como superóxido dismutasa 2 (SOD2) y paraoxonasa 1 (PON1) por ELISA y los niveles de un agente prooxidante (óxido nítrico) por el método de Griess en plasma. Nuestra muestra estaba compuesta de plasma de 22 obesos mórbidos (IMC ≥ 40 kg / m²) que se sometieron a bypass gástrico en Y de Roux, con medición de los parámetros estudiados antes y después de un período de seguimiento de seis meses.

RESULTADOS

Los pacientes con obesidad mórbida tenían más EO en situación basal que seis meses después de la cirugía. Se detectaron niveles elevados de LDL-ox y MDA antes de la cirugía bariátrica ($92,2 \pm 23,3$ U / L LDL-ox y $3,42 \pm 2,58$ μ M MDA). Seis meses después del bypass gástrico la cantidad de marcadores del sistema operativo disminuyó un 32.9% y un 74.9%, respectivamente. Además, se encontró una correlación positiva entre MDA e IMC ($r = 0,363$ $p = 0,008$).

Los parámetros antioxidantes se encontraron alterados en el preoperatorio. Las cantidades de SOD2 fueron altas ($60,3 \pm 12,8$ ng / ml) y las de PON1 bajas ($122,4 \pm 31,9$ ng / ml). Sin embargo, a lo largo del período de seguimiento de seis meses las defensas antioxidantes mejoraron. Los niveles de SOD2 disminuyeron ($49,9 \pm 9,8$ ng / mL) y las cantidades de PON1 aumentaron ($154,3 \pm 29,8$ ng / mL) de forma significativa. Hubo una correlación negativa ($r = 0.610$, $p < 0.0001$) entre PON1 y LDL-ox.

CONCLUSIONES

Los altos niveles plasmáticos de LDL-ox y MDA observados antes de la cirugía indicaron un aumento de EO en obesos. Seis meses después del bypass gástrico, las defensas antioxidantes mejoraron y el EO disminuyó.

EFFECTO SOBRE EL PESO Y COMORBILIDAD DEL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO, CON ASA BILIOPANCREÁTICA MAYOR/MENOR DE 70 CM, EN OBESOS CON DM2. ESTUDIO DE INTERVENCIÓN CUASIEXPERIMENTAL

D. Acín-Gándara¹, M. Medina-García¹, S. Alonso-Gómez¹, G. Rodríguez-Caravaca², M.C. Villar-Del Campo², B. Martínez-Torres¹, J.M. Rodríguez-Vitoria¹, F. Pereira-Pérez¹.

¹ Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada; ² Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón.

OBJETIVOS

Evaluar si existen diferencias en pérdida de peso y remisión de comorbilidades en el bypass gástrico laparoscópico (BPGL) con asa alimentaria de 150cm y asa biliopancreática mayor o menor de 70 cm, a 2 años.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio experimental de tipo cuasiexperimental. Serie de 94 pacientes con obesidad, dividida en dos grupos de 47 pacientes, a los que se les realizó BPGL con asa alimentaria de 150 cm. y asa biliopancreática menor de 70cm (GRUPO-1) o mayor de 70 cm (GRUPO-2). Se evaluó la pérdida de peso (PSP=porcentaje de sobrepeso perdido) y remisión de comorbilidades (DM, HTA, DL y SAOS) a 2 años. Las variables cualitativas se describen con su distribución de frecuencias y se han comparado con prueba χ^2 de Pearson. Las variables cuantitativas se describen con la media y desviación estándar y se han comparado con la prueba t-Student o, en caso de anormalidad, con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. La recogida de datos fue prospectiva y el análisis estadístico se realizó con SPSSv18.0.

RESULTADOS

La edad media de la muestra fue de 49 años (DE=8,6; rango=25-65), con 70% mujeres y 30% varones. El IMC inicial fue 44 (DE=4,5; rango=35-56). Analizando las características de cada grupo, ambos fueron homogéneos en edad, género, IMC, DM, HTA, SAOS, DL. Sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la insuficiencia venosa (8,5% GRUPO-1 vs. 26,1% GRUPO-2) y tipo de anastomosis gastroyeyunal (61% manual en GRUPO-1 vs. 8,5% manual en GRUPO-2), siendo el resto mecánicas lineales.

El PSP a 2 años fue del 77,1% en el GRUPO-1 y del 72,3% en el GRUPO-2

($p>0,05$). La evolución de las comorbilidades fue la siguiente:

- Remisión de la DM2 (HbA1c<6 sin tratamiento y glucemia 100 mg/dl): 95,7% GRUPO-1 vs. 73,6% GRUPO-2($p<0,05$). Mejoría de la DM (HbA1c<6 con menor tratamiento al previo): 23,4% GRUPO-2. En el GRUPO-1 el 4,3% no presentó ninguna mejoría de la DM.
- Remisión de la HTA (TA<120/80 sin tratamiento): 75,8% GRUPO-1 vs. 50% GRUPO-2($p<0,05$). Mejoría de la HTA (TA<120/80 con menos tratamiento al previo): 12,8% GRUPO-1 vs. 25,5% GRUPO-2. 4,3% del GRUPO-1 y 8,5% del GRUPO-2 no presentaron ninguna mejoría.
- Remisión del SAOS (polisomnografía normal (<5 eventos/h) sin CPAP): 81% GRUPO-1 vs. 50% GRUPO-2($p<0,05$). Mejoría del SAOS (descenso de la presión de la CPAP) 6,4% GRUPO-1 vs. 14,9% GRUPO-2. El 2,1% del GRUPO-1 y 12,8% del GRUPO-2 no presentaron ninguna mejoría.
- Remisión de la dislipemia (cLDL<100 mg/dl, TG<150 mg/dl, colesterol total<200 mg/dl, cHDL>60 mg/dl sin tratamiento): 93,8% GRUPO-1 vs. 77,5% GRUPO-2($p>0,05$). Mejoría (mismos parámetros con menor tratamiento al preoperatorio) 4,2% GRUPO-1 vs. 17% GRUPO-2. El 2,1% de cada grupo no presentó ninguna mejoría.

CONCLUSIONES

En nuestra serie, el BPGL con asa biliopancreática menor de 70 cm ha presentado mejores resultados a 2 años, en cuanto a remisión de DM, HTA y SAOS. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la remisión o mejoría de la dislipemia ni en la pérdida de peso. El tipo de anastomosis manual vs. mecánica y la longitud total de intestino (que no se ha medido), podrían ser factores de confusión que hayan influido en dichos resultados. Se necesitarían más estudios para comprobar dichos resultados.

PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA: RESOLUCIÓN DE COMORBILIDADES A 12 MESES POSTOPERATORIO EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN

C.J. Ferrigni González, J. González González, A. García Muñoz-Najar, J. Ruiz-Tovar Polo, M. Jiménez Fuertes, S. Gutiérrez Medina, A. Amengual Galbarte, J. Chacin Coz, D. Alias Jiménez, M. Duran Poveda.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de obesidad mórbida en la población mayor de 60 años está aumentando. Cada vez hay más evidencia que demuestra que la cirugía bariátrica es un procedimiento seguro en este rango de edad agregando además los beneficios en la resolución o mejora de comorbilidades asociadas y la optimización en la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde diciembre 2013 hasta enero 2018 se han operado en nuestra unidad un total de 579 pacientes. 22 pacientes (3.8%) eran mayores de 65 años y 17 fueron cirugía primaria (2.9%). Todos los pacientes cumplieron el protocolo preoperatorio y de ERAS habitual de nuestro centro. Las cirugías realizadas fueron bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) y gastrectomía vertical (GV). Las comorbilidades analizadas fueron diabetes mellitus (DM) Esteatosis hepática, síndrome de apnea hipoapnea del sueño (SAHS), dislipemia e hipertensión arterial (HTA).

RESULTADOS

Del total de 17 pacientes operados 10 fueron mujeres y 7 varones. La edad media fue de 66.7 (65-70) con un IMC inicial medio de 45.6 (36.4 – 63.1) y de peso prequirúrgico medio de 118.4 (83-167). Comorbilidades previas a la cirugía: DM 82% (14) Esteatosis 82% (14) SAHS 82% (14) Dislipemia 70% (12) y HTA 65% (11). Se realizaron 9 BGYR y 8 GV, todos por laparoscopia, ningún paciente fallecido en nuestra serie. No hubo re intervenciones en los primeros 30 días y 2 pacientes re intervenidos pasados 30 días (conversión de GV a BGYR por reflujo gastroesofágico). 12 de los 17 pacientes han cumplido 12 meses de seguimiento. La media de porcentaje de peso perdido en este grupo fue de 71.1% (2 <50%) y un índice de masa corporal medio de 31. En cuanto a la resolución de comorbilidades en este grupo de 11 pacientes se obtuvo: DM 82% (9 de 11), HTA en 28,5% (2 de 7) dislipemia en 87,5% (7 de 8) y de SAHS en un 60% (6 de 10).

CONCLUSIONES

- En nuestra serie no hubo mortalidad. Esto apoya la cada vez más frecuente evidencia de la seguridad de las cirugía bariátrica y metabólica en pacientes mayores de 60 años realizadas en centros de alto volumen.
- Se muestra una resolución aceptable en los primeros doce meses de seguimientos de las comorbilidades analizadas, esto a espera de ampliar nuestro seguimiento y número de pacientes.
- A espera de estudio comparativo parece intuirse que en nuestra serie no hay diferencia entre la técnica realizada y la evolución de peso y comorbilidades.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA PATOLOGÍA ANAL EN LA CIRUGÍA BARIÁTRICA MALABSORTIVA

A. Craus Miguel, L. Fernández Vega, C. Soldevila Verdeguer, N. Pujol Cano, C. Pineño Flores, D. Ambrona Zafra, A. Bianchi Bianchi, J.A. Martínez Corcoles, A. Pagan Pomar, F.J. González Argente.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que las complicaciones proctológicas son un factor de morbilidad y de calidad de vida de los pacientes sometidos a una cirugía bariátrica malabsortiva, su incidencia y prevalencia en nuestro medio no ha sido correctamente estudiada.

El objetivo del estudio es evaluar la incidencia y prevalencia de la patología anal benigna en pacientes sometidos a una derivación biliopancreática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en el que se incluyen todas las derivaciones biliopancreáticas realizadas entre 1999 y 2015. Las variables analizadas fueron sexo, valores antropométricos previos a la cirugía, técnica quirúrgica (abierta o laparoscópica), tipo de deposiciones (según la clasificación Bristol) y la presencia de patología anal, así como el tipo (fisura, hemorroides, incontinencia).

RESULTADOS

Se analizaron 277 pacientes, 209 mujeres (75,5%) y 68 hombres (24,5%).

La media de peso de los pacientes operados fue de 139,3 Kg con un IMC de 52,2

kg/m². En el 74% de los casos se realizó una técnica abierta y en el 26% laparoscópica.

195 pacientes (75,6%) presentaron alteración del hábito deposicional durante el primer año tras la intervención, manteniéndose un porcentaje similar (73,9%) a los 5 años de seguimiento. El tipo de deposición más frecuente fue la de tipo 4 con 271 pacientes (98,5%).

La incidencia de patología anal tras 1, 5 y 10 años de seguimiento fue, respectivamente, 47 (17,3%), 28 (12,7%) y 24 pacientes (15,3%).

La patología más frecuente fue la aparición de hemorroides en 32 pacientes (11,8%) durante el primer año. Con una prevalencia a los 10 años de seguimiento de 10,2%.

15 pacientes padecieron fisura anal (5,5%) durante el primer año, con una prevalencia a los 10 años de 3,8%.

Ninguno de los pacientes de nuestra serie presentaron incontinencia fecal durante los primeros 5 años de seguimiento, siendo la prevalencia a los 10 años de 1,3%.

CONCLUSIÓN

La patología proctológica tiene una prevalencia considerable a los 10 años de seguimiento en nuestra serie. Estudios sobre factores de riesgo asociados, así como la influencia en la calidad de vida de estos pacientes aún son necesarios para entender mejor el alcance de esta patología.

ESTUDIO CLÍNICO Y FISIOLÓGICO DEL FUNCIONALISMO ESÓFAGO-GÁSTRICO EN PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS TRIBUTARIOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

E. Sánchez Sáez, E. Mans Muntwyler, S. Carrion Bolorino, P. Clavé Civit, X. Suñol Sala.

Consorti Sanitari del Maresme, Mataró.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de patología esófago-gástrica en individuos afectados de obesidad mórbida es superior a la de la población con normopeso. El reflujo esófago-gástrico es una de las más frecuentes, pero también padecen otros trastornos motores del tracto gastrointestinal superior.

OBJETIVO

Estudiar las características clínicas y fisiológicas del reflujo gastro-esofágico, así como la presencia de trastornos motores esofágicos en la población obesa mórbida tributaria de cirugía bariátrica en nuestro entorno.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se propone a todos los pacientes en lista de espera para cirugía bariátrica en nuestro centro desde enero de 2016. Se realiza el estudio de reflujo y trastornos motores esofágicos antes de la cirugía y al menos 6 meses después, mediante cuestionarios validados para síntomas de reflujo (Cuestionario Carlsson-Dent) y para síntomas de disfagia (escala de Zanninoto). Además se realizan también una fibrogastroscoopia, una manometría de alta resolución de perfusión continua y una impedancia-pHmetría de 24h. Se registran variables demográficas y se evalúa la calidad de vida mediante el EuroQoL. Actualmente se presentan los resultados de los estudios preoperatorios de los pacientes incluidos inicialmente. El protocolo ha sido aprobado por el comité ético del centro de realización.

RESULTADOS

Se reportan los resultados de 16 pacientes, 10 son mujeres, la edad media es de 47 ± 14 años, IMC basal de 49.5 ± 5.9 Kg/m² y cintura de 139.6 ± 13.9 cm. Nueve (56.25%) pacientes toman 20 mg de omeprazol al día prescritos por su médico de cabecera. Nueve pacientes (56.25%) tiene una puntuación ≥ 4 en el cuestionario Carlsson-Dent, reflejando una elevada probabilidad de tener reflujo. Sólo 1 paciente (6.25%) refiere disfagia a sólidos. La fibrogastroscoopia muestra esofagitis en 3 pacientes (18.75%) y hernia de hiato en 5 pacientes (31.25%). La manometría muestra una presión intragástrica media de 18 ± 7.1 mmHg, presión basal del esfínter esofágico inferior de 11.5 ± 11.3 mmHg, IRP4 media de 6.5 ± 4.5 mmHg, integral contráctil de la unión esófago-gástrica de 35 ± 41.7 mmHg.cm con una morfología de la unión esófago-gástrica predominante del tipo I. El cuerpo esofágico presenta una DCI media de 1095.7 ± 878.5 mmHg.s.cm. Según la clasificación de Chicago (versión 3 de 2015), el 62.5% de los pacientes tiene una manometría normal, pero el 37.5% presenta alguna alteración de tipo motor. En cuanto a la impedancia-pHmetría, los pacientes muestran un pH < 4 en el 6.3 ± 8.3%, con un media de score de DeMeester de 23.2 ± 27.7 . El reflujo más largo mide de media de 23.9 ± 30.7 minutos, y el pH es < 4 durante 90.3 ± 122.4 minutos, presentando 32.7 ± 24.6 episodios de reflujos ácidos y 24.4 ± 22.1 episodios de reflujos débilmente ácidos.

CONCLUSIÓN

El reflujo gastro-esofágico patológico es muy prevalente en la población obesa mórbida tributaria de cirugía bariátrica aunque la mayoría de pacientes tiene una motilidad normal. Proseguir con el estudio tras la intervención aportará mayor información en cuanto a la funcionalidad postquirúrgica, especialmente tras la gastrectomía vertical.

REPERCUSIÓN DEL SLEEVE GÁSTRICO EN EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO. ANÁLISIS DE 274 PACIENTES

M. Cuadrado Ayuso, V. Vaello Jodra, P. Priego Jiménez, F. García-Moreno Nisa, A. Ballesteros Pérez, J.I. Botella Carretero, J. Galindo Álvarez.

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

OBJETIVOS

El sleeve gástrico laparoscópico (SGL) se ha popularizado en los últimos años, sin embargo su indicación en pacientes con reflujo gastroesofágico (RGE), y su repercusión sobre el mismo están aún por determinar. En diversos estudios, se ha publicado tanto una mejoría de pacientes con RGE prequirúrgico, como una aparición de novo de RGE en pacientes que no lo presentaban con cifras que oscilan entre el 3 y el 30%. Analizamos la repercusión en el RGE en los pacientes en los que se realizó un SGL en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo en 274 pacientes consecutivos a los que se realizó un SGL entre enero de 2011 y diciembre de 2015 analizando la presencia de RGE prequirúrgico y la evolución de la sintomatología tras la cirugía bariátrica.

RESULTADOS

Se realizaron 274 SGL, excluimos un paciente que requirió una gastrectomía total por complicaciones.

En el estudio esofagogastroduodenal (EGD) preoperatorio presentaban RGE 72 (26.27%) pacientes (26.37%), en el seguimiento la clínica se resolvió en 40 pacientes (55.5%) persistiendo en el 44.5%. Se realizó panendoscopia a 15 pacientes con clínica de RGE postquirúrgico de los cuales 10 pacientes no presentaban lesiones, y 5 pacientes presentaban esofagitis (Grado A: 1 paciente, Grado B: 3 pacientes, Grado C 1 paciente). En 6 pacientes (8.3%) el RGE postquirúrgico fue indicación de conversión a bypass.

De los 201 pacientes (73.35%) que previo a la intervención quirúrgica no presentaban ni clínica, ni reflujo en el EGD, 72 (35.82%) desarrollaron en el seguimiento clínica de RGE, con aparición de novo de RGE en el EGD. Se realizó panendoscopia a 32 pacientes de los cuales 25 no presentaban lesiones y 8 pacientes presentaban esofagitis (Grado A: 4 pacientes, Grado B: 1 paciente, Grado C: 2 pacientes, Barrett: 1 paciente). En 16 pacientes (7.9%) se indicó conversión a bypass por RGE.

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones de un estudio retrospectivo y de no haber realizado phmetria ni manometría de manera sistemática, los resultados de nuestra serie concuerdan con las series publicadas, con un 35% de RGE de novo tras el SGL y una resolución de los síntomas en los pacientes con RGE previo ligeramente superior del 55.5%, por lo que no podemos considerar el RGE como una contraindicación para el SGL.

Son necesarios estudios que nos ayuden a esclarecer los mecanismos implicados en la resolución de los síntomas y en la aparición de los mismos con el objetivo de poder seleccionar a los pacientes que pueden beneficiarse de esta técnica quirúrgica.

CIRUGÍA DE REVISIÓN TRAS EL USO DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

C. Pineño Flores¹, F. Sena Ruiz², D. Ambrona Zafra¹, A. Bianchi², A. Pagan Pomar¹, J.A. Martínez Córcoles¹, J.R. Urgeles Planella¹, J.M. García Pérez¹, C. Soldevila Verdeguer¹, X.F. González Argente¹.

¹ Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca; ² Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN

La colocación de una banda gástrica ajustable por abordaje laparoscópico (BGAL) ganó popularidad al ser un procedimiento poco invasivo. Sin embargo, a largo plazo, los estudios demostraron una alta tasa de fracaso en el mantenimiento de la pérdida ponderal y necesidad de revisión en el 30-50% de los casos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo desde enero 2011 y diciembre 2017. En el que se incluyeron un total de 24 pacientes sometidos a cirugía de revisión tras colocación de BGAL. Se analizaron variables demográficas, IMC preoperatorio, tipo de cirugía, morbimortalidad en postoperatorio inmediatas y seguimiento a largo plazo.

RESULTADOS

La edad media fue de 39 ± 8 años, 21 mujeres y 3 varones. El IMC preoperatorio medio fue $41,3 \pm 7,1$ Kg/m². El tiempo medio transcurrido hasta la cirugía de revisión fue de $3,3 \pm 1,2$ años.

La principal indicación de revisión fue la reganancia ponderal en 20 casos (81,8%). Los otros dos motivos fueron por deslizamiento en 2 (9,1%) pacientes y erosión gástrica en otros 2 (9,1%) debutando uno de los dos casos con hemorragia digestiva alta.

El procedimiento bariátrico elegido tras retirada de la banda fue la gastrectomía vertical (GV) en 14 pacientes (63,6%), el bypass gástrico (BGYR) en 5 pacientes (22,7%) y la derivación biliopancreática (DBP) en 4 pacientes (13,6%), recolocación de banda gástrica en 1 paciente. Se realizó abordaje laparoscópico en 20 pacientes (90,9%) con 2 conversiones a cirugía abierta (10%) y 2 pacientes se planearon por abordaje laparotómico. Se realizó el procedimiento simultáneo (retirada de la banda y procedimiento bariátrico asociado) en 20 casos (90,9%).

La cirugía en dos tiempos se realizó en 4 pacientes: dos pacientes con inclusión asintomática de la banda a la que se le realizó en un primer tiempo extracción de la BGAL y posteriormente en un caso BGYRL y en otro DBP. El otro paciente que debutó como shock hemorrágico, al que se le realizó retirada de la BGAL, control del foco hemorrágico y, en un segundo tiempo, conversión a DBP.

El tiempo medio de seguimiento fue de $43 \pm 17,3$ meses. La tasa de morbilidad precoz fue de 4,54%: 1 paciente intervenido a GVL que presentó hemorragia digestiva que se manejó de forma conservadora (Clavien-Dindo II) que precisó transfusión de hemoderivados. Un paciente (4,54%) intervenido de BPYR presentó como complicación tardía una eventración de la incisión supraumbilical que posteriormente requirió intervención quirúrgica (Clavien- Dindo IIIb).

El IMC medio global al final del seguimiento fue $41 \pm 8,4$ kg/m² y el % de sobrepeso perdido de $62,9 \pm 23,4$.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayoría de estudios que analizan que procedimiento bariátrico es el más seguro y eficiente tras retirada de la BGAL concluyen que tanto la GVL como el BGYRL son técnicas seguras y efectivas. Aunque el BGYRL actualmente es el gold standard en la cirugía de revisión ya que combina la restricción y la malabsorción, consiguiendo la mayor disminución de %SPP. En nuestra serie, el procedimiento más empleado como cirugía de revisión ha sido la GV sin observarse peores resultados respecto al bypass.

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS

A. Álvarez Torrado, L. Sobrino Roncero, A. García Ruiz De Gordejuela, C. Uribe Galeano, J. Durán Arrocha, A. Bravo Salvà, J. Pujol Gebelli.

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

INTRODUCCIÓN

Pese a los buenos resultados de la cirugía bariátrica tanto en pérdida ponderal como en seguridad, los pacientes mayores continúan siendo un reto. Algunos autores postulan que al ser pacientes más frágiles y con mayor comorbilidad, la técnica quirúrgica debería ser más conservadora para garantizar la seguridad pese a poder comprometer la evolución ponderal. No existe evidencia suficiente que soporte si los protocolos se tienen que modificar en pacientes añosos.

Este trabajo evalúa la experiencia de un centro de alto volumen y con amplia experiencia en cirugía bariátrica en pacientes mayores de 60 años. En la mayoría de los casos, la edad no ha supuesto un cambio en la indicación o en la actitud quirúrgica. Nuestro objetivo es evaluar la seguridad y la efectividad de la técnica quirúrgica en esta población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un análisis retrospectivo de la base de datos prospectiva de cirugía bariátrica. Se han evaluado pacientes de 2010 a 2017 que en el momento de la cirugía tenían 60 años o más. Se ha estudiado el tipo de cirugía realizada, la evolución en el postoperatorio inmediato (morbilidad y mortalidad) y la evolución ponderal y de comorbilidades hasta 5 años de seguimiento.

RESULTADOS

En el periodo de tiempo estudiado se han intervenido 99 pacientes, un 9,51% de las 1041 cirugías bariátricas realizadas. 58 pacientes son mujeres (58,6%) y la edad media es de 62±2,11 años (rango 60 a 72). El IMC inicial fue de 45,01±18,25 (rango 26 a 61). Son pacientes con mayor comorbilidad respecto a la población general de nuestra serie: 59,6% diabetes tipo 2, 79,8% hipertensión arterial, 47,5% dislipidemia y 60,6% apnea del sueño. 8 pacientes fueron cirugías de revisión y 6 procedimientos endoscópicos (Endobarrier), siendo todas las demás cirugías primarias. La técnica más realizada fue el bypass gástrico (26 casos, 26,3%) seguida de la gastrectomía vertical (21 casos, 21,3%) y el SADI-S (18 casos, 18,2%). La distribución de cirugías es equivalente a los procedimientos realizados en nuestro centro en estos años.

8 casos tuvieron algún tipo de morbilidad (8,1%) siendo el hemoperitoneo la más frecuente (4 casos, 4%). En comparación con la serie general, este grupo no tiene más complicaciones que la población general (6,36%, $p > 0,05$). 1 paciente fue éxito en el postoperatorio inmediato (2 en el grupo de menores de 60 años, 0,21%).

En cuanto a la evolución ponderal, los mejores resultados a los 24 meses se consiguen con el SADIS (TWL 40,8%) y el bypass gástrico (TWL 31,5%) y los peores con la gastrectomía vertical (28% TWL).

En el periodo de seguimiento 3 pacientes tuvieron que ser convertidos a otros procedimientos, dos por complicaciones del procedimiento primario y uno por SADI-S en 2 tiempos.

CONCLUSIONES

En nuestro centro, los pacientes mayores de 60 años tienen mayor comorbilidad, pero la cirugía presenta resultados equivalentes a menores de 60 años en cuanto a morbilidad, pero la mortalidad es sensiblemente superior. La técnica que mejores resultados ponderales tiene en este grupo es el SADIS y el bypass gástrico.

CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN: LA ESCALA OS-MRS ES POCO ÚTIL PARA PREDECIR COMPLICACIONES. OTRAS VARIABLES PARECEN TENER MÁS VALOR PREDICTIVO

M.Á. Escartí, J. Pacheco, L. Escudero, A.C. Garrote, I. Rubió.

Hospitales HLA La Vega, Moncloa, Murcia, Madrid.

OBJETIVOS

Nuestro estudio analiza nuestra experiencia en cirugía bariátrica de revisión (CBR) y tiene 2 objetivos: 1º/ evaluar la utilidad de la escala Obesity Surgery Mortality Risk Score (OS-MRS) para prever el riesgo de complicaciones postoperatorias tras CBR, 2º/ determinar si otras variables no incluidas en esta escala pueden considerarse factores de riesgo independientes, y cuál es su capacidad predictiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos utilizado nuestra base de datos prospectiva de cirugías bariátricas consecutivas desde mayo de 2002 hasta diciembre de 2017.

La CBR comenzamos a realizarla en 2009, y todos los pacientes fueron clasificados de manera prospectiva en grupos de riesgo I, II y III de OS-MRS (De María 2007). Hemos analizado las complicaciones de grado III-IV y V Dindo-Clavien de nuestros casos de CBR ocurridas en los primeros 30 días postcirugía. En base a nuestra experiencia, hemos estudiado la relación de las siguientes variables no incluidas en la escala OS-MRS con el desarrollo de complicaciones: experiencia del cirujano (<50 casos, >50 casos), y tipo de cirugía primaria (banda gástrica vs otras: gastrectomía vertical y bypass).

Hemos realizado un estudio analítico retrospectivo de casos y controles, mediante un análisis multivariable.

RESULTADOS

Nuestra base de datos recoge 2064 procedimientos. Todos los casos han sido intervenidos por el mismo cirujano principal en 9 hospitales diferentes. 231 casos han sido de CBR (11.2%). De los 231 casos, solo en 48 la técnica primaria había sido realizada por nosotros (20.8%). De los 231 casos de CBR, la edad media fue de 44 años (DS 10.3), 196 (84.8%) fueron mujeres, y el índice de masa corporal medio fue de 42.1 kg/m² (DS 7.3). De ellos, 29 (12.6%) desarrollaron complicaciones grado III-V Dindo-Clavien en los primeros 30 días.

El análisis multivariable mostró como factores predictivos de complicación la menor experiencia del cirujano (<50 casos, odds ratio 1.4) y la cirugía primaria de banda (odds ratio 3.2). Sin embargo, la incidencia de complicaciones por grupos de la escala OS-MRS fue 11 (38%) en el grupo I, 10 (34.5%) en el grupo II y 8 (27.6%) en el grupo III, sin apreciar diferencias significativas entre los grupos.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia la escala OS-MRS no es útil para predecir el riesgo de la CBR. La experiencia del cirujano y sobre todo el tipo de cirugía primaria sí son factores útiles para predecir el riesgo de complicaciones tras CBR. La CBR de banda gástrica fue la que más se asoció a complicaciones en nuestra experiencia. La experiencia del cirujano en CBR es un factor clave para minimizar complicaciones. Hacen falta más estudios para definir mejor qué factores se asocian a complicaciones en la CBR.

DIFERENCIAS FISIOLÓGICAS ENTRE CRUCE DUODENAL Y SADI-S

A. García Ruiz De Gordejuela ¹, A. Bravo Salvà ¹, J. Elvira López ², L. Sobrino Roncero ¹, A. Álvarez Torrado ¹, C. Uribe Galeano ¹, J. Durán Arrocha ¹, J. Pujol Gebelli ¹.

¹ Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat; ² Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

INTRODUCCIÓN

Cruce duodenal (DS) y SADI-S son dos técnicas que se han considerado equivalentes. Scopinaro demostró que la absorción de grasas por cada metro de intestino delgado es de unos 20 gr. La diferente configuración de las asas del DS y SADI-S, pese a tener tramo alimentario, hace suponer que tendrán diferente comportamiento en cuanto a la absorción de grasas y por ende de los resultados a medio-largo plazo. El objetivo de este trabajo es escudriñar estas diferencias en absorción grasa entre ambas técnicas.

MÉTODOS

Ambos procedimientos se realizan por laparoscopia con 6 trócares. Gastrectomía vertical sobre sonda Foucher 36F, sección duodenal a unos 2-3 cm del píloro. En el DS se confecciona asa alimentaria de 200 cm y común de 100 cm. En el SADI-S el tramo alimentario es de 300 cm. Se han incluido los pacientes intervenidos desde enero de 2016. En todos los pacientes se solicitó el Test del aliento y el SeHCAT a los 3, 6 y 12 meses de la intervención. Se evalúan las variables de edad, peso, comorbilidades y los resultados de ambas determinaciones a los 3 y 6 meses de la cirugía.

RESULTADOS

Se han intervenido 82 pacientes desde enero de 2016, 20 DS y 62 SADI-S. Ambos grupos son comparables entre sí. El número de deposiciones en cada grupo oscilaba entre 1 y 3 en todos los puntos de seguimiento. No se objetivó ningún caso de esteatorrea.

Los resultados cuantitativos tanto del test del aliento a los 3 meses son de 23,96% y 18,69% en el SADI-S y DS respectivamente, siendo de 38,95% y 21,22% a los 12 meses de la cirugía. Se considera que hay malabsorción de grasas cuando la determinación es inferior a 29%. A los 3 meses 77,78% de los DS y 60% SADI-S presentaban malabsorción de grasas. Siendo a los 12 meses 85,7% de los DS y ningún SADI-S.

El SeHCAT mostró a los 3 meses determinaciones de 28,95% y 39,88% en DS y SADI-S; y a los 12 meses 28,63% y 49,7% respectivamente. Se considera malabsorción de sales biliares cuando el resultado es inferior al 10%. En el grupo del DS los resultados fueron patológicos en el 10% a los 3 meses en el 14,3% a los 12; mientras que ningún SADI-S presentó determinación patológica.

La pérdida ponderal ha sido equivalente en ambos grupos hasta los 18 meses de seguimiento, sin diferencias significativas ni en el IMC conseguido (33,08 vs 35,59/m²), ni el exceso de peso perdido (69,38% vs 56,27%), ni en el exceso de IMC perdido (40,92% vs 31,31%).

CONCLUSIONES

Estos resultados preliminares hasta los 12 meses muestran diferencias en cuanto al comportamiento de SADI-S y DS. Los pacientes intervenidos de DS tienen mayor malabsorción de grasas y de sales biliares que los intervenidos de SADI-S. Las diferencias son superiores conforme avanza el seguimiento. La pérdida ponderal en ambos grupos es equivalente, pero sensiblemente superior en el DS. Estas diferencias podrían explicarse, entre otros motivos por los cambios en la absorción grasa.

COMPLICACIONES TARDÍAS DEL BYPASS GÁSTRICO CON BANDA POR LAPAROSCOPIA

Canga Presa, José María ¹; De La Cruz Vigo, José Luis ²; Álvarez Diez, María Nuria ³; Sanz De La Morena, Pilar ¹; Gómez Rodríguez, Pilar ⁴; Martínez Pueyo, José Ignacio ⁴; De La Cruz Vigo, Felipe ⁵.

¹ HM San Francisco, León; ² Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, León; ³ Hospital Universitario de León, León; ⁴ Clínica Nuestra señora del Rosario, Madrid; ⁵ Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

OBJETIVOS

Actualmente, hay un renovado interés en comparar las complicaciones tardías (> de 30 días) del Bypass Gástrico (B.G.) frente a la Gastrectomía Vertical (G.V.). Existen varios problemas a la hora de interpretar los resultados, entre los que se encuentran la experiencia previa de los grupos quirúrgicos en las dos técnicas y la falta de unanimidad en cuanto a la clasificación de las complicaciones. Por ello presentamos los resultados de complicaciones tardías obtenidos en nuestra serie con la clasificación de Clavien-Dindo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo efectuado en 4 Centros realizado por dos cirujanos (CVJL y CVF). Desde Junio de 1999 hasta Diciembre de 2016 se han operado 2000 pacientes por obesidad mórbida, todos ellos mediante bypass gástrico laparoscópico con banda, 276 casos por vía retrocólica y 1724 vía antecólica. Su edad media era 39 años (15-71) y el 77 % eran mujeres. El IMC medio era 45,7 (34-61). El 27% eran superobesos. La media de comorbilidades por paciente, 3. Hemos contabilizado como complicaciones mayores tardías las acontecidas a partir de los 30 primeros días y según la clasificación de Clavien-Dindo incluyen los grados 3b, 4, 4a, 4b y 5 (intervención bajo anestesia general, complicaciones que pongan en peligro la vida y/o requieran ingreso en UCI, fracaso uni- orgánico, fracaso multiorgánico y deceso). Seguimiento medio 13,7 años.

RESULTADOS

Se han detectado un total de 140 (7%) complicaciones postoperatorias tardías: estenosis anastomosis 58 (2.9%), ulcera anastomótica 52 (2.6%), obstrucción intestinal 23 (1.2%), estenosis del cerclaje 5 (0.3%), hernia ventral 2 (0.1%).

De ellas se han considerado complicaciones mayores 54 (2.7%). Número de readmisiones 75 (3.7%), la gran mayoría ocasionada por las reintervenciones. Reintervenciones 51 (2.5%): obstrucción intestinal 23, perforación de úlcera 18, estenosis del cerclaje 5, hernia ventral 2, reganacia de peso y ulcera 2, hernia ventral 2. Mortalidad nula derivada de la técnica. De las 23 obstrucciones intestinales, 19 lo fueron por hernia interna 0.95%, con la siguiente distribución: orificio mesocólico 4, espacio de Petersen 15, cierre mesentérico 0. Atendiendo a la técnica, en los 274 casos de B.G. retrocólico 5 hernias (1.8%, 4 mesocólicas y 1 Petersen). En los 1734 casos de B.G. antecólico 14 hernias (0.8% 14 Petersen). En los 777 casos de B.G. antecólico sin cierre del Petersen 1.8% de hernias, similar al grupo retrocólico. Sin embargo en los 947 casos de B.G. antecólico con cierre del Petersen 0 hernias. Existe diferencia significativa $p < 0.0003$ en la serie antecólica entre no cierre y cierre de Petersen.

CONCLUSIONES

En una técnica compleja como el Bypss Gástrico es fundamental la experiencia de equipo quirúrgico. El cierre de todos los espacios con sutura manual y material irreabsorbible puede reducir y/o hacer desaparecer la hernia interna en el B.G. Muchos estudios randomizados no explican suficientemente este punto y los resultados son notablemente peores de los que pueden obtenerse con una técnica adecuada.

COMPLICACIONES INMEDIATAS DEL BYPASS GÁSTRICO CON BANDA POR LAPAROSCOPIA

Canga Presa, José María ¹; De La Cruz Vigo, José Luis ²; Gómez Rodríguez, Pilar ³; Sanz De La Morena, Pilar ¹; Martínez Pueyo, José Ignacio ³; De La Cruz Vigo, Felipe ⁴.

¹ HM San Francisco, León; ² Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, León; ³ Clínica Nuestra Señora del Rosario, Madrid; ⁴ Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

OBJETIVOS.

Actualmente hay un renovado interés en comparar las complicaciones inmediatas (primeros 30 días) del Bypass Gástrico (B.G.) frente a la Gastrectomía Vertical (G.V.). Existen varios problemas a la hora de interpretar los resultados, entre los que se encuentran la experiencia previa de los grupos quirúrgicos en las dos técnicas y la falta de unanimidad en cuanto a la clasificación de las complicaciones. Por ello presentamos los resultados de complicaciones inmediatas obtenidos en nuestra serie con la clasificación de Clavien-Dindo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo efectuado en 4 Centros realizado por dos cirujanos (CVJL y CVF). Desde Junio de 1999 hasta Diciembre de 2016 se han operado 2000 pacientes por obesidad mórbida, todos ellos mediante bypass gástrico laparoscópico con banda, 276 vía retrocólica y los 1724 restantes antecólica. Su edad media era 39 años (15-71) y el 77% eran mujeres. El IMC medio era 45,7 (34-61). El 27% eran superobesos. La media de comorbilidades por paciente, 3. Conversiones 1 (0.05%). Tiempo operatorio: 125 minutos. Estancia hospitalaria 3.1 días.

Hemos contabilizado como complicaciones mayores inmediatas las acontecidas en los 30 primeros días. Incluyen los grados 3b, 4, 4a, 4b y 5 de la clasificación de Clavien-Dindo que son respectivamente (intervención bajo anestesia general, complicaciones que pongan en peligro la vida y/o requieran ingreso en UCI, fracaso uni-orgánico, fracaso multiorgánico y deceso).

RESULTADOS

El total de complicaciones mayores precoces ha sido de 32 (1.6%), Se detalla a continuación el tipo de complicación y si requirió reintervención (REI). Fístula anastomosis gastro-yeyunal 4 (REI 4), Fístula reservorio-otras 17 (REI 7), Obstrucción intestinal-endoscopia 4 (REI 2), infección de la banda 1 (REI 1), hemorragia 5 (REI 5), otros varios (REI 4). El número total de reintervenciones inmediatas (REI) ha sido de 22 (1.1%). Se registraron 22 (1.1%) readmisiones. Mortalidad 2 pacientes (0.1%).

CONCLUSIONES

En una técnica compleja como el Bypss Gástrico es fundamental la experiencia de equipo quirúrgico. Muchos estudios randomizados no explican suficientemente este punto y los resultados son notablemente peores de los que pueden obtenerse con una técnica adecuada.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EVOLUCIÓN DE PÉRDIDA DE PESO A LARGO PLAZO ENTRE GASTRECTOMÍA VERTICAL, BYPASS GÁSTRICO EN-Y-DE ROUX Y BYPASS GÁSTRICA DE UNA ANASTOMOSIS

J. Ruiz-Tovar, M.A. Carbajo, L. Zubiaga, J.M. Jiménez, M.J. Castro, A. Solar.

Centro de Excelencia para el Estudio y Tratamiento de la Obesidad, Valladolid.

INTRODUCCIÓN

La GV y el RYGB son actualmente las dos técnicas bariátricas más realizadas en España y en el mundo. A pesar de que ambas consiguen unos resultados de pérdidas ponderales aceptables a corto plazo, cada vez es mayor la evidencia de reganancia de peso a largo plazo. EL BAGUA es una técnica malabsortiva que está creciendo exponencialmente en los últimos años, gracias a los buenos resultados a largo plazo que presenta en términos de pérdida de peso, mejoría de comorbilidades y escasas complicaciones postoperatorias inmediatas y a largo plazo. El objetivo de este trabajo es comparar la evolución de pérdida de peso a medio y largo plazo entre GV, RYGB y BAGUA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio prospectivo aleatorizado de pacientes con indicación de cirugía bariátrica o metabólica sometidos a GV, RYGB y BAGUA. Las variables analizadas fueron peso e IMC basal, así como peso, IMC y porcentaje de exceso de peso perdido (PEPP) al año, 2 años y 5 años.

RESULTADOS

Analizamos un total de 600 pacientes, 200 en cada grupo. No hubo diferencias significativas en edad, sexo, comorbilidades ni parámetros antropométricos preoperatorios entre grupos.

Al año de la cirugía, el IMC medio tras GV era de 28.9, tras RYGB de 28.7 y tras BAGUA de 25 ($p < 0.001$), con unos PEPP de 81.7%, 81.2% y 100.4% ($p < 0.001$).

A los 2 años de la cirugía, el IMC medio tras GV era de 28.7, tras RYGB de 27.8 y tras BAGUA de 24.8 ($p < 0.001$), con unos PEPP de 87%, 87.2% y 104.3% ($p < 0.001$).

A los 5 años de la cirugía, el IMC medio tras GV era de 30.8, tras RYGB de 29.9 y tras BAGUA de 25.1 ($p < 0.001$), con unos PEPP de 76.3%, 77.1% y 97.9% ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES

El BAGUA consigue pérdidas de peso superiores a las otras técnicas a medio y largo plazo. No hay diferencias ponderales significativas entre GV y RYGB a 1, 2 y 5 años. A los 5 años de la cirugía, los pacientes sometidos a GV y RYGB tienen IMC medios nuevamente en el rango de obesidad, mientras que tras BAGUA se mantienen en el rango de normopeso.

EFECTO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA SOBRE LA VIDA SEXUAL DE LOS PACIENTES

J. Ruiz-Tovar ¹, C. Llaveró ², J. Cuevas ¹, A. García ¹, J. González ¹, C. Ferrigni ¹, C. Levano-Linares ¹, M. Jiménez- Fuertes ¹, M. Duran ¹.

¹ Hospital Rey Juan Carlos, Madrid; ² Hospital del Sureste, Arganda del Rey.

INTRODUCCIÓN

La obesidad mórbida supone un deterioro de la calidad de vida, implicando limitaciones físicas y afectando a las relaciones sociales y a la actividad y apetito sexual. La pérdida de peso tras la cirugía se supone que mejora todos estos aspectos.

El objetivo de este trabajo es evaluar el deseo sexual de los pacientes obesos mórbidos intervenidos de cirugía bariátrica, antes y después de la operación, comparando los efectos de la gastrectomía vertical (GV) y del bypass gástrico en Y de Roux (BGYR).

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional prospectivo de todos los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica entre 2012 y 2016. Analizamos edad, sexo, estado civil y el apetito sexual preoperatorio y a los 12 meses de la cirugía, cuantificado mediante escala visual analógica, puntuando desde 0 (ausencia total de apetito sexual) hasta 10 (deseo irrefrenable de tener relaciones sexuales a todas horas).

RESULTADOS

Incluimos 290 pacientes, 82 hombres y 208 mujeres con una edad media de 48,6 años y un IMC medio de 45,5 Kg/m². Se realizaron 217 BGYR y 73 GV. La GV se realizó más frecuentemente en hombres (49.4% vs 23.5%; p<0.001) y con mayor IMC preoperatorio (47.2 vs 44.5 Kg/m²; p<0.001). No hubo diferencias en la edad ni en el estado civil entre los pacientes sometidos a GV y a BGYR.

El deseo sexual preoperatorio global fue de 6.2, y mostró un ascenso significativo a los 12 meses de la cirugía hasta 7.1 (p<0.001). No hubo diferencias significativas en el ascenso del deseo sexual en función de la técnica quirúrgica. Antes de la cirugía no se apreciaron diferencias en la cuantificación del deseo sexual entre hombres y mujeres. Sin embargo, 12 meses tras la cirugía el deseo sexual era significativamente mayor en hombres que en mujeres (7.8 vs 6.8; p=0.005). Aun así, en mujeres también se observó un aumento del deseo sexual tras la cirugía (ascenso de 6.2 a 6.8; p=0.024).

Preoperatoriamente no había diferencias en el deseo sexual en función del estado civil. Tras la cirugía, en todos los estados se aprecia un aumento del deseo sexual, si bien el aumento apreciado era significativamente mayor entre los pacientes divorciados (ascenso desde 5.7 hasta 8.1; p=0.022).

Se produjo un aumento del deseo sexual tras la cirugía en todas las edades. Antes de la cirugía, el deseo sexual no se correlacionaba con la edad, pero tras la cirugía el deseo sexual se correlaciona de forma inversa con la edad (Pearson -0.143; p=0,05). El mayor incremento del deseo sexual se produce en el rango de edad entre 20 y 40 años (ascenso desde 5.7 hasta 8.1).

CONCLUSIÓN

Tras la cirugía bariátrica aumenta el deseo sexual de forma global, sin influencia de la técnica quirúrgica. El mayor incremento en el deseo sexual se da en hombres, divorciados y con un rango de edad entre 20 y 40 años.

EXPERIENCIA INICIAL CON EL BALÓN INTRAGÁSTRICO ELIPSE

A. Pagan ¹, B. Manga ², G. Nicola ¹, S. Borrachero ³, D. Del Bosque ², A. Cruz ², M. Carrera ⁴.

¹ Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca; ² Centro Integral de Nutrición Islas Baleares, Palma de Mallorca; ³ Fundación Hospital Manacor, Manacor; ⁴ Centro Integral de Nutrición Islas Baleares, Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN

Los balones intragástricos se reconocen como dispositivos seguros y efectivos de pérdida de peso. El balón Elipse de Allurion es nuevo balón que no necesita endoscopia para su colocación y tampoco requiere extracción.

OBJETIVO

Evaluar nuestra experiencia inicial de la colocación del balón Elipse y los resultados preliminares posteriores a su colocación.

MÉTODOS

El balón Elipse está integrado en una pequeña cápsula que se deglute y tras confirmar su ubicación en el estómago se llena con 500 ml de líquido. El globo permanece en el estómago aproximadamente 4 meses después de lo cual se elimina espontáneamente y se excreta.

Todos los pacientes reciben asesoramiento nutricional y psicológico cada 2 semanas de modo alterno. Se recogen los datos de IMC a la colocación, % de complicaciones a la colocación, la pérdida de peso y el %SPP y el tiempo de seguimiento

RESULTADOS

	Muestra		Resultados 4 m
n	11	Efectos adversos	0% (vómitos >72h)
Edad	28.5 ± 7.9	Complicaciones	0%
Sexo	3V / 8 H	Pérdida de peso	12.5 ± 3.6
Peso	91.5 ± 7.9	% SPP	41.5 ± 1.2
IMC inicial	28.5 ± 7.9 kg / m ²	IMC final	22.5 ± 3.9 kg / m ²

Ningún balón fue retirado de modo precoz por intolerancia al globo. No hubo ninguna obstrucción intestinal.

DISCUSIÓN

Otros globos intragástricos han reportado una pérdida de peso similar y mayores tasas de eventos adversos graves a los presentados aquí para el Elipse, aunque la serie es inicial.

CONCLUSIÓN

El balón intragástrico Elipse es un dispositivo de pérdida de peso seguro y eficaz.

PREVALENCIA DE COLELITIASIS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

C. Pineño Flores, A. Bianchi, C. Soldevila Verdeguer, D. Ambrona Zafra, N. Pujol Cano, A. Craus Miguel, L. Fernández Vega, J.A. Martínez Corcoles, A. Pagan Pomar, X.F. González Argente.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN

La pérdida de peso relacionada con la cirugía bariátrica se ha relacionado con la aparición de colelitiasis. Se ha reportado que los pacientes sometidos a esta cirugía tienen una alta incidencia de colelitiasis después de los primeros años de postoperatorio.

OBJETIVOS

Determinar nuestra prevalencia de patología biliar en los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica, y analizar la aparición de esta patología durante el seguimiento postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisa una serie de casos retrospectiva entre enero del 2005 y diciembre de 2017 que incluye 342 pacientes sometidos a cirugía bariátrica, con seguimiento medio de 38 meses. Los pacientes son evaluados cada trimestre. Se solicita ecografía abdominal cada año en todos los pacientes de manera rutinaria o ante la presencia de síntomas sugestivos. Se realizó revisión de registros clínicos, consignando peso y ecografía abdominal en el control al año.

RESULTADOS

Un 11,79% de los pacientes tenía antecedentes de colecistectomía previa. Un 8,37% de los pacientes presentaba colelitiasis asintomática en el preoperatorio y no se realizó la colecistectomía de forma concomitante. La colecistectomía se realizó electivamente al año de la cirugía bariátrica. Se realizó seguimiento el primer año trimestral y posteriormente anual en los 274 pacientes restantes. Se realizó ecografía abdominal anual y se informó presencia de colelitiasis en un 5,3% pacientes.

CONCLUSIONES

Existe una elevada prevalencia de colelitiasis en la población sometida a cirugía bariátrica. La aparición de esta patología durante los años siguientes a la cirugía requiere un seguimiento cercano para la detección de esta patología.

EVALUACIÓN DE UNA SERIE DE 124 GASTRECTOMÍAS VERTICALES LAPAROSCÓPICAS CONSECUTIVAS

C. Pineño Flores, D. Ambrona Zafra, N. Pujol Cano, C. Soldevila Verdeguer, A. Craus Miguel, L. Fernández Vega, A. Bianchi, J.A. Martínez Corcoles, A. Pagan Pomar, X.F. González Argente.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

OBJETIVO

La Gastrectomía vertical es una técnica bariátrica en auge en los últimos tiempos, con unos buenos resultados a corto y medio plazo y una baja tasa de complicaciones. Presentamos nuestra experiencia y resultados en una serie de 95 gastrectomías verticales.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde marzo de 2010 a Diciembre de 2017 se han realizado 124 gastrectomías verticales laparoscópicas en la Unidad de Cirugía Esofagogástrica del Hospital Universitario de Son Espases. Todos los pacientes fueron valorados por el Servicio de Endocrinología del hospital. La elección de la técnica se consensua a través de un comité específico integrado por nutricionistas, endocrinólogos, psiquiatras y cirujanos, siguiendo el protocolo establecido por el hospital. El estudio preoperatorio incluye: Transito esofagogastroduodenal, Ecografía abdominal, valoración psiquiátrica y anestésica). Previa a la programación todos los pacientes realizan preparatoriamente una dieta de muy bajo contenido calórico 10-15 días antes y profilaxis antitrombótica iniciada 3 días previos a la cirugía. La Gastrectomía vertical laparoscópica fue realizada mediante 5 trocaries (3 de 12 mm y 2 de 5 mm). Se realiza la gastrolisis de la curvatura mayor gástrica a 4 cm del piloto y su subsiguiente sección gástrica mediante sutura lineal reforzada (Endo GIA™ Medtronic^R) tutorizada con sonda de Fouchet de 50 frenchs. Se deja drenaje de Blake a declive en la mitad inicial de la serie. En ningún caso se dejó SNG.

RESULTADOS

Se intervinieron 35 hombres y 89 mujeres con edades comprendidas entre 26 y 62 años con una media de 40,6 años. Peso medio de los pacientes fue de 134,45 ±10,35 Kg con un IMC entre 43,4 y 54,5 (media 47,54 kg/m²), El 58.25% de la serie presenta comorbilidades, (38.2% HTA, 19.8% DMT2, 28,2%, dislipemia, 23,79 % SAOS y 28,17% artropatía por sobrecarga).

Mortalidad 0%. Reintervenciones 1 % (dehiscencia en unión esofagogástrica). Complicaciones mayores 1%. (1 estenosis a nivel de la incisura angularis que requiere reconversión a bypass gástrico), ambas tuvieron lugar en los procedimientos iniciales. Estancia media de 2.3 días. Periodo de seguimiento medio 29 meses. (Rango 14-70 meses). Modificaciones antropométricas a los 2 años: Peso medio de los pacientes fue de 80,45 ±15,68 Kg con un IMC medio de 32,58±4,61 Kg/m² y un sobrepeso perdido de PSP 76,61%. Resultado de resolución/mejoría de comorbilidades: HTA 49,63%, DMT2 75,71%, DLP 73,76% y artropatía 95%.

CONCLUSIONES

La Gastrectomía vertical laparoscópica presenta buenos resultados a medio plazo con una adecuada pérdida ponderal y de las comorbilidades asociadas. La tasa de complicaciones quirúrgicas la consideramos aceptable tras analizar nuestros resultados de nuestra serie en consonancia con las publicaciones de referencia.

COLECISTECTOMÍA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES ENTRE 2000-2016

C. Pineño Flores, D. Ambrona Zafra, C. Soldevila Verdeguer, N. Pujol Cano, A. Craus Miguel, L. Fernández Vega, A. Bianchi, J.A. Martínez Corcoles, A. Pagan Pomar, X.F. González Argente.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN

La pérdida de peso tras cirugía bariátrica constituye un factor de riesgo para la formación de cálculos biliares. Con la implantación laparoscópica a la cirugía bariátrica se opta por la colecistectomía electiva. Nuestro objetivo es evaluar la incidencia de colecistectomías realizadas tras una cirugía bariátrica en nuestro centro.

MÉTODOS

Entre enero del 2005 y diciembre de 2016, un total de 309 pacientes fueron sometidos a cirugía bariátrica. Se revisó retrospectivamente una base de datos de forma prospectiva, recogiendo diferentes variables como: sexo, tipo de cirugía bariátrica; intervalo de tiempo entre el procedimiento y el hallazgo de colelitiasis por ecografía.

RESULTADOS

De los 309 pacientes con cirugía bariátrica, 26 (8,4%) precisaron una colecistectomía durante el seguimiento. La frecuencia fue más alta sobre los 6 años, donde se registraron 16 casos (61,5%). Eran 20 mujeres y 6 hombres. El diagnóstico de colelitiasis por ecografía fue como media a los 4 años de la operación de OM. De 19 (73,1%) pacientes con una DBP-A, 7 pac (36,8%) asociaron otra intervención conjunta (eventración, oclusión de un asa, colédoco-litiasis) y la colecistectomía fue por vía abierta; 12 pacientes (63,2%) se le realizó la colecistectomía como procedimiento único: 8 fueron directamente laparotomía subcostal derecha, 2 casos fueron por laparoscopia, 2 casos se reconvirtieron a abierta por adherencias. De los 7 pac (26,9%) con una DBP-L previa, 5 casos se realizaron por laparoscopia, sin ningún caso de reconversión, en un paciente se asoció un alargamiento del asa alimenticia por malnutrición, 1 caso era una colecistitis aguda que se intervino vía subcostal dcha.

CONCLUSIÓN

En el seguimiento de la cirugía bariátrica debe realizarse ecografía abdominal ante la presencia de clínica de colelitiasis al no ser rara su presencia. El antecedente de un procedimiento bariátrico previo realizado, hace que nos planteemos realizar una colecistectomía electiva. El antecedente de operación bariátrica por laparoscopia permite planear un nuevo abordaje laparoscópico con garantías. Cuando la cirugía ha sido realizada por laparotomía planear la colecistectomía subcostal evitará prolongar los tiempos quirúrgicos y evitar los elevados porcentajes de reconversión.

PRINCIPIOS DE RECONSTRUCCIÓN INTESTINAL TRAS RESECCIONES DE URGENCIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.M. García Fernández, S. Ruiz Carballo, J. Ortiz Lacorzana, C. Loureiro González, J. Barrenetxea Asua, S. Leturio Fernández, A. Vázquez Melero, M. Domínguez Ayala, A. Moro Delgado, I. Díez Del Val.

Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes sometidos a cirugía bariátrica con técnicas mixtas o malabsortivas suponen un reto cuando en una situación de urgencia es necesaria la resección intestinal. El riesgo de un intestino corto y sus consecuencias justifican atender unos principios básicos de reconstrucción.

Presentamos tres casos que lo ejemplifican.

CASOS CLÍNICOS**Caso 1:**

Paciente de 63 años sometida a bypass gastroileal, reintervenida al 12º día postoperatorio con peritonitis difusa por fuga anastomótica. Se realiza resección de la anastomosis, reconstrucción en Y de Roux y gastrostomía en el estómago excluido, tras lo cual presenta asa común de 60 cm, alimentaria de 60 y biliar de 120. Ingresada en Reanimación, la paciente presenta síndrome compartimental y fracaso multiorgánico, precisando varias reintervenciones, curas de vacío y soporte nutricional intensivo. Tras un corto período de alta domiciliaria, reingresa para alargamiento del asa común a expensas del asa biliopancreática, con un buen resultado global posterior.

Caso 2:

Paciente de 53 años con IMC 56 sometida a bypass gástrico laparoscópico y reintervenida mediante laparotomía al tercer día postoperatorio por obstrucción intestinal. Al sexto día aparece distensión abdominal, hematemesis y tumoración en la herida abdominal. En la cirugía urgente se encuentra evisceración de asas de delgado con varias perforaciones en asa alimentaria y común debido al "efecto sierra" de la sutura de cierre aponeurótico. Se reseca toda el asa alimentaria y 20cm de asa común, incluyendo el pie de asa, con reconstrucción en Y de Roux con asa alimentaria transmesocólica-retrogástrica de 60 cm, biliar de 20 y común de 120. No ha precisado cirugía posterior.

Caso 3:

Paciente de 34 años intervenida mediante DBP de Scopinaro con preservación antral, dejando 200 cm de asa alimentaria y 50 de común, que acude por dolor abdominal y leucocitosis. En TC abdominal se aprecia obstrucción intestinal por hernia interna con datos de isquemia. Se indica cirugía urgente, apreciándose una gangrena de 1 m que interesa el asa alimentaria y pie de asa. Tras reseca el segmento necrótico, se reconstruye la continuidad digestiva dejando 1 m de asa alimentaria y 50 cm de común. En su domicilio, la paciente presenta diarrea incoercible y refractaria, estando pendiente de intervención para alargamiento de asa común.

DISCUSIÓN

Basándonos en nuestra experiencia y la literatura publicada, queremos destacar una serie de principios de base que ayuden a establecer la estrategia de reconstrucción intestinal tras resecciones de necesidad en cirugía de urgencias:

- No es conveniente asociar restricción y malabsorción máximas.
- Puede ser precisa la participación de cirujanos expertos en cirugía bariátrica, conocedores de las técnicas habituales.
- Una vez resecados los segmentos no viables, debe medirse concienzudamente el intestino disponible para la reconstrucción, antes de planificar las anastomosis.
- La reconstrucción debe conseguir una longitud absortiva (alimentaria + común) suficiente, si es posible superior a 300 cm, y evitar el reflujo biliar.
- El alargamiento del asa común suele ser factible a expensas del asa biliar.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA PRIMARIA DURANTE LOS AÑOS 2007-2016

J. Ortiz Lacorzana, C. Loureiro González, J. Barrenetxea Asúa, M. García Fernández, S. Leturio Fernández, M. Domínguez Ayala, A. Vázquez Melero, M. González De Miguel, S. García Herrero, I. Díez Del Val.

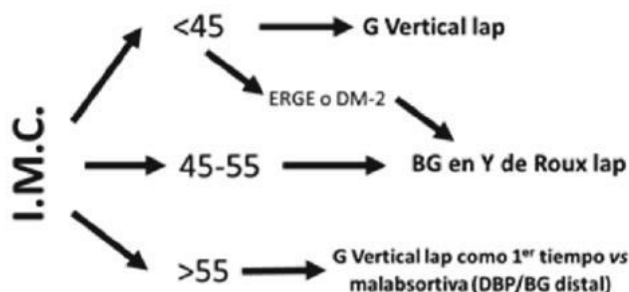
Hospital de Basurto - Osakidetza, Bilbao.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica tiene como objetivo mejorar la cantidad y calidad de vida en los pacientes con obesidad mórbida. En función de las múltiples comorbilidades y el grado de obesidad, pueden existir complicaciones postoperatorias graves. Presentamos y analizamos las observadas en 516 pacientes a los que se les practicó un procedimiento bariátrico primario entre los años 2007 y 2016 en nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, sobre la base de datos de la Sección de Cirugía Esofagogástrica y Bariátrica del Hospital Universitario Basurto, en pacientes sometidos a cirugía bariátrica primaria durante un periodo que comprende desde enero de 2007 hasta diciembre de 2016 y que incluye 516 pacientes. El protocolo utilizado (Indicaciones quirúrgicas) se muestra en la Figura 1.



RESULTADOS

Se intervinieron 516 pacientes, 166 hombres y 350 mujeres, con una edad media de 45,64 años (mediana 46,6; RIQ: 37,4-54,1) y un IMC medio de 48,47 kg/m² (mediana 47,1; RIQ: 42,7-52,3). Entre sus comorbilidades destacan:

- DM tipo 2: 183 (35,5%), de los que 51 utilizaban insulina y 110 antidiabéticos orales.
- SAHOS: 159 (30,8%).
- HTA: 232 (45%).
- Dislipemia: 160 (31%).
- Infertilidad: 11 (2,1%).
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico: 108 (20,9%).

Del total, 510 fueron intervenidos por laparoscopia (98,8%), con 23 conversiones (4,5%). Se realizaron 313 bypass proximales, 9 más con gastrectomía del estómago excluido, y 192 gastrectomías verticales, de las que 28 fueron inicialmente consideradas como "primer tiempo".

El 83,1% de los pacientes (429/516) no presentaron ningún tipo de complicación (Clavien-Dindo), 44 fueron de tipo menor (grados I-IIIa) y 41 mayores (IIIb-V), de los que 5 pacientes fallecieron (4 tras una gastrectomía vertical). Hubo 7 dehiscencias de la gastroyeyunostomía, 9 tras gastrectomía vertical y 2 del pie de asa. 37 pacientes (7,2%) precisaron reintervención, 6 de ellos dos o más veces.

DISCUSIÓN

En la cirugía bariátrica primaria hemos obtenido resultados satisfactorios con ambas técnicas quirúrgicas, aunque los resultados globales nos han llevado a realizar una menor indicación de la gastrectomía vertical a lo largo de los años. Aunque la GV se describe con frecuencia como una técnica más simple y segura que el bypass, en nuestra experiencia, sobre todo cuando se realiza como primer tiempo, ha presentado mayor morbimortalidad. Consideramos fundamental la optimización preoperatoria de estos enfermos de alto riesgo, con ingreso hospitalario si es preciso, para favorecer la pérdida de peso y la compensación de sus comorbilidades, a fin de mejorar los resultados de seguridad.

ERRADICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN EL PACIENTE BARIÁTRICO

I. Domínguez Sánchez, R. Sánchez Santos, S. González Fernández, E. Mariño Padín, A. Brox Jiménez.

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El *Helicobacter Pylori* ha sido identificado como factor de desarrollo de gastritis, úlceras y patología maligna a nivel gástrico. Su alta prevalencia lo ha definido como la infección bacteriana crónica más frecuente en el ser humano, presentándose en el territorio español en un 60% de sus habitantes, siendo del 80% en Portugal.

Es de vital importancia la detección y erradicación del mismo en el paciente bariátrico, especialmente si la técnica elegida es el Bypass gástrico.

La resistencia creciente al tratamiento antibiótico clásico ha supuesto la necesidad de su adaptación a la tasa de resistencia de cada área sanitaria.

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia y las resistencias específicas de la bacteria entre los candidatos a cirugía bariátrica de nuestro área, valorando si es necesario el tratamiento de inicio con la segunda línea como se recomienda en otras áreas geográficas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el periodo de 4 años (2012-2016) en el área sanitaria de Pontevedra.

Se realizó endoscopia preoperatoria en todos los pacientes, descartándose patología maligna y tomándose muestra para el test de ureasa.

La erradicación se comprobó mediante el test de detección de antígeno en heces.

El esquema de tratamiento para la infección por *Helicobacter Pylori* fue administrado siguiendo los consensos internacionales vigentes (e.g V Consenso de Maastrich).

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 399 pacientes con edad media de 43±41 y con un IMC de 46,16 ± 6,62. En cuanto a género el 74,7% eran mujeres, 20,6% varones. Las técnicas realizadas fueron 211 Bypass gástricos, 117 gastrectomías verticales, 2 intervenciones de Scopinaro y 10 segundos tiempos (6 SADIs y 4 Bypass).

De los pacientes estudiados 145 dieron positivo en el test de ureasa (36,34%). En 10 de los pacientes no se constató la erradicación, por no adhesión al tratamiento o fallo en el seguimiento.

Un 83,7% de los casos fueron erradicados con la primera línea de tratamiento de 10 días de duración (IBP/12 horas, claritromicina 500 mg/12h, Amoxicilina 1g/12 horas). En un 12,6% la detección de antígeno en heces de control fue positiva realizándose una segunda línea de tratamiento de 10 días de duración (IBP/12 horas, Levofloxacino 500 mg/12 horas, Amoxicilina 1g/12 horas). Un 3% de los casos precisaron de una tercera línea de 10 días de duración para su erradicación (IBP/12 horas, Claritromicina 500 mg/12 horas, Metronidazol 500 mg/12 horas).

La cuarta línea (IBP/12 horas, Subcitrate de bismuto 120 mg/6 horas, Metronidazol 500 mg/8 horas, Doxiciclina 100 mg/12horas) de 14 días de duración fue administrada al 0,7% restante completándose la erradicación de todos los casos. La intervención se demoró hasta comprobar la erradicación del *Helicobacter Pylori*.

CONCLUSIONES

La prevalencia de *Helicobacter Pylori* en nuestro área es de entorno al 70%, más baja de la esperada en comparación con nuestro país vecino Portugal. La erradicación de la bacteria se consiguió en un 83,7% de los pacientes tratados con la primera línea, por lo que de acuerdo con los estándares internacionales, no está justificado el uso de entrada de la segunda línea de tratamiento.

CONSECUENCIAS DE LA DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA EN EL METABOLISMO ÓSEO EXPRESADO MEDIANTE LA PTH Y LA VITAMINA D

N. Pujol Cano, C. Pineño Flores, D. Ambrona Zafra, C. Soldevila Verdeguer, A. Bianchi, A. Pagan Pomar, J.A. Martínez Córcoles, F.J. González Argente.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

OBJETIVOS

La derivación biliopancreática (DBP) es el procedimiento malabsortivo que se ha demostrado más efectivo en cirugía bariátrica.

En esta técnica, todo el duodeno y el yeyuno se incluyen en el asa biliopancreática, mientras que el asa alimentaria está compuesta exclusivamente por íleon. Esta distribución del intestino delgado determina una malabsorción crónica de vitamina D y calcio además de otros micronutrientes. Estas alteraciones en el eje calcio-vitamina D-hormona paratiroidea pueden dar como resultado un aumento en los niveles séricos de PTH que promueven la resorción ósea. Cuando las deficiencias de calcio y vitamina D no se corrigen adecuadamente, estos pacientes corren el riesgo de desarrollar osteoporosis precoz, que, desafortunadamente, es irreversible.

Aproximadamente, el 70% de los pacientes sometidos a DBP padecerán hiperparatiroidismo secundario (HPTS) a largo plazo y, como consecuencia, malabsorción de calcio y vitamina D.

El objetivo de este trabajo es estudiar la influencia del HPTS en el recambio óseo y su relación con la densidad mineral ósea (DMO).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analiza retrospectivamente una base de datos prospectiva de 63 pacientes intervenidos DBP entre enero 1999 hasta enero 2015 y 34 pacientes controles obesos mórbidos en los que se determinaron los marcadores de recambio óseo.

En el grupo DBP también se evaluó la influencia de la edad, comorbilidades asociadas, pérdida de peso, tipo de dieta y suplementos vitamínicos tras la cirugía, longitud del asa común a 50 cm de la válvula ileocecal, indicadores bioquímicos: creatinina, fosfatasa alcalina, potasio, magnesio, folato, PTH, vitamina D, calcio sérico y urinario en el recambio óseo así como su relación con la DMO.

RESULTADOS

El grupo DBP mostró de manera estadísticamente significativa niveles más elevados de PTH, osteocalcina y β -CTx que el grupo control.

En el análisis de regresión multivariante, únicamente PTH ($\beta=0.42$; $P=0.0002$), la menopausia ($\beta=0.31$; $P=0.007$) y el porcentaje de pérdida de IMC ($\beta=-0.24$; $P=0.03$) predijeron de manera significativa el nivel de osteocalcina ($R^2=0.33$; $F=9.56$; $P<0.0001$).

De manera similar, sólo PTH ($\beta=0.39$; $P=0.0005$), la menopausia ($\beta=0.37$; $P=0.001$) y el porcentaje de pérdida de IMC ($\beta=-0.23$; $P=0.04$) predijeron significativamente el nivel β -CTx ($R^2=0.33$; $F=9.82$; $P<0.0001$). La osteocalcina y los niveles β -CTx se correlacionaron de manera negativa con DMO en la espina lumbar ($r=-0.38$, $P=0.002$ y $r=-0.30$, $P=0.02$, respectivamente).

CONCLUSIONES

El HPTS crónico y la pérdida de peso determinan una alta tasa de recambio óseo que se asocia con una disminución DMO en los pacientes DBP.

HIPOVITAMINOSIS D EN PACIENTES SOMETIDOS A DERIVACIÓN BILIO-PANCREÁTICA

L. Fernández Vega, C. Pineño Flores, D. Ambrona Zafra, N. Pujol Cano, C. Soldevila Verdeguer, M. Noval Font, J.R. Urgeles Planella, A. Bianchi Bianchi, A. Pagan Pomar, F.X. González Argente.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN

La derivación biliopancreática (DBP) es una técnica bariátrica malabsortiva que condiciona una importante pérdida de peso a largo plazo. Sin embargo, se asocia a una disminución en la absorción de vitamina D y calcio, causando severas alteraciones en el metabolismo óseo debido al hiperparatiroidismo secundario que provoca. Nuestro objetivo es evaluar los niveles de vitamina D en pacientes obesos antes y después de someterse a DBP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva de pacientes sometidos a DBP en nuestro centro entre 1999 y 2015, midiendo los niveles de 25-hidroxivitamina D, calcio y PTH, entre otros, tanto de forma preoperatoria como postoperatoria con un seguimiento mínimo de 1 año, hasta los 10 años.

RESULTADOS

Se incluyeron 277 pacientes (75'5% mujeres, edad media 43'9 años, IMC medio $52'5 \pm 6'7$ kg/m²), observando una disminución progresiva en los niveles de vitamina D durante el seguimiento (de $46'5 \pm 27$ ng/mL preoperatorio hasta $29'7 \pm 18'8$ ng/mL, $26'8 \pm 15$ ng/mL y $33'4 \pm 15'7$ ng/mL al año, 5 años y 10 años postoperatorios, respectivamente). Los niveles de calcio se mantuvieron dentro de los valores normales en el postoperatorio ($8'6 \pm 0'5$ mg/dL, $8'7 \pm 0'5$ mg/dL y $9'2 \pm 3'9$ mg/dL al año, 5 años y 10 años, respectivamente). La PTH presentó un ascenso progresivo durante el seguimiento (de 81 ± 30 pg/mL preoperatorio hasta $116'5 \pm 64'5$ pg/mL a los 5 años). La necesidad de suplementos vitamínicos fue disminuyendo en el postoperatorio (del 87'5% de los pacientes en el primer año al 57'6% a los 5 años).

CONCLUSIÓN

La deficiencia de vitamina D es frecuente en pacientes obesos antes de ser sometidos a una DBP, manteniéndose e incluso empeorando posteriormente. A pesar de la cirugía, los niveles de PTH presentan un aumento progresivo, con un nivel de calcio entre los valores de la normalidad. En pacientes sometidos a este tipo de cirugía, deben tenerse en consideración suplementos vitamínicos para contrarrestar estos efectos, ajustándose a las necesidades individuales de cada paciente.

CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE EXCESO DE IMC PERDIDO A LOS 5 Y 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO COMO INDICADOR DE CALIDAD EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

E. Contreras Saiz, C. García Gutiérrez, I. Cifrian Canales, M. Merayo Álvarez, A. Suarez Sánchez, S. Amoza Pais, T. Díaz Vico, M. Moreno Gijón, J.L. Rodicio Miravalles, L. Sanz Álvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

INTRODUCCIÓN

Con el paso de los años, la cirugía bariátrica ha demostrado gran efectividad en la pérdida de peso, con la consiguiente reducción de comorbilidades asociadas y con ello mejorando su calidad de vida.

Para conocer la influencia de la cirugía bariátrica es necesario un seguimiento de nuestros pacientes, así como una revisión de la calidad aportada en cada unidad. Entre los indicadores de calidad más empleados en la actualidad se encuentra el porcentaje de exceso de IMC perdido (PEIMCP) que debe ser superior al 50%.

El objetivo de este estudio es analizar el PEIMCP a los 5 y 10 años de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestra muestra se han incluido 138 pacientes que fueron intervenidos de cirugía bariátrica entre los años 2005 y 2007. De los 138 pacientes, 2 fueron pérdidas por fallecimiento (1 durante el postoperatorio y otro en el seguimiento por causa ajena), 12 (8,69%) pacientes fueron pérdidas durante el seguimiento a los 5 años y 16 (11,59%) al 10º año postoperatorio.

Para el cálculo del porcentaje de exceso de IMC perdido hemos empleado la fórmula $(\text{IMC inicial} - \text{IMC a los X años}) / \text{IMC inicial} \times 100$.

Hemos considerado, al igual que en la literatura, un resultado excelente al PEIMCP superior a 65%, bueno entre 50%-65% y fracaso quirúrgico al resultado PEIMCP menor de 50%.

RESULTADOS

Los datos se han incluido en el programa estadístico SPSS, realizándose su análisis descriptivo y estadístico.

En la muestra analizada encontramos, como en la mayoría de series, un mayor porcentaje de mujeres 83,1%(113) frente 16,9%(23) de hombres. La mediana de edad al momento de la intervención ha sido 43 años (18-62). En cuanto a la técnica quirúrgica sólo 1 caso fue gastrectomía vertical siendo el resto bypass.

En el análisis descriptivo de los resultados de PEIMCP a los 5 años, encontramos una mediana de 65,2% (-1,70% - 124,7%), por tanto un resultado excelente de la intervención quirúrgica. Sin embargo en el seguimiento a los 10 años, la mediana de PEIMCP disminuye al 53,4% (-22,9% - 118,5%), obteniendo, por lo tanto, un resultado bueno, pero mostrando un descenso a lo largo del seguimiento.

No hemos encontrado diferencia estadísticamente significativa entre la edad y el PEIMCP, así como tampoco entre el sexo y el PEIMCP con el seguimiento.

CONCLUSIÓN

Es necesaria la revisión de la calidad de una Unidad de Cirugía Bariátrica, para lo que existen distintos indicadores como puede ser el cálculo del PEIMCP. Queda claro que con el seguimiento a largo plazo, los resultados presentan una disminución del éxito alcanzado durante los primeros años. Para garantizar que los resultados perduren a lo largo del tiempo, es precisa la evaluación multidisciplinar del paciente, que nos permita conocer qué factores influyen en la ganancia ponderal con los años postoperatorios y que nos ayuden a mejorar cada día más nuestro trabajo.

BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN UN TIEMPO EN PACIENTES CON IMC \geq 60kg/m²

Canga Presa, José María ¹; De La Cruz Vigo, José Luis ²; Sanz De La Morena, Pilar ¹; Gómez Rodríguez, Pilar ³; Martínez Pueyo, José Ignacio ³; De La Cruz Vigo, Felipe ⁴.

¹ HM San Francisco, León; ² Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, León; ³ Clínica Nuestra Señora del Rosario, Madrid; ⁴ Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

OBJETIVOS

Los cirujanos Bariátricos han reconocido desde un principio las dificultades en el tratamiento del paciente con obesidad super-supermórbida, tanto del propio acto quirúrgico como de las complicaciones postoperatorias precoces. Debido a la alta tasa de morbilidad postquirúrgica en algunos estudios, se propuso hace diez años la realización de la cirugía en dos tiempos, siendo el primero una Gastrectomía Vertical seguida en un período variable por un Bypass Gástrico o Biliopancreático. Sin embargo no existen estudios concluyentes de que esta estrategia reporte ventajas al paciente. Evaluamos los datos quirúrgicos, las complicaciones y la evolución ponderal y de las comorbilidades de todos pacientes de nuestra serie operados con IMC \geq 60 kg/m² con Bypass Gástrico con Banda por Laparoscopia (BGCBL) en un solo tiempo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Desde Junio de 1999 hasta Diciembre de 2016 se han intervenido 2000 pacientes por obesidad mórbida, todos ellos mediante (BGCBL) en un solo tiempo Sesenta y dos pacientes (3,1%) tenían IMC \geq 60 kg/m². Su edad media era 39 años (15-70) el 63 % mujeres. IMC medio 64,5 (60-83), peso medio 176 kg, exceso de peso: 112 kg. La media de comorbilidades mayores por paciente, 2.7. Hipertensión 26 (42%), Hipercolesteronemia 27 (43,5%), Hipertrigliceridemia 19 (31%), Diabetes tipo II 15 (24%), SAOS 18 (29%) Osteoartropatía 49 (80%). Seguimiento medio 13,7 años.

RESULTADOS

Tiempo operatorio 164 (90- 250) minutos. Número de trócares 6. Ninguna conversión a laparotomía. Estancia media de 3,6 días (3-7). Como complicación mayor precoz, según la clasificación de Clavien-Dindo, una fistula de la bolsa gástrica (1,6%), que no requirió reintervención. Una infección urinaria que requirió ingreso. Mortalidad nula. En cuanto a complicaciones mayores a largo plazo, tres pacientes precisan reintervención (4,8%): una hernia umbilical incarcerada a los 19 meses, una retirada del cerclaje de silicona y una perforación por úlcera anastomótica. Una dilatación por estenosis (1,6%) y una úlcera tratada medicamente (1,6%). Ninguna hernia interna. En cuanto a la evolución ponderal al año, 5 años y 10 años de la intervención, y expresado como pérdida de peso (kg), porcentaje de exceso de peso perdido (E.P.P. %) e índice de masa corporal (IMC kg/m²) ha sido respectivamente: 70-60%-42 a 1 año, 82-72%-35 a 5 años y 79-67%-37 a 10 años. El porcentaje de resolución/mejoría de las comorbilidades ha sido: Hipertensión 61% / 17%, Diabetes 92%/8%, una recaída a los 5 años al ganar peso, Hiperlipemia 75%/8%, Osteoartropatía 90%, SAOS 100%.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, los obesos super-supermórbidos pueden ser intervenidos con un (BGCBL) en un solo tiempo sin un aumento de la morbi-mortalidad y con una evolución ponderal y de las comorbilidades muy satisfactoria, cercana al resto de obesos mórbidos. Este grupo clínico debe ser, selectiva y estrictamente evaluado preoperatoriamente y especialmente cuidado tanto intra como postoperatoriamente.

¿SE REQUIERE SUTURA SEROSEROSA GÁSTRICA EN LA ACTUALIDAD?. RESULTADOS DE UNA SERIE DE 124 GASTRECTOMÍAS VERTICALES LAPAROSCÓPICAS CONSECUTIVAS

A. Bianchi, C.M. Soldevila Verdeguer, C. Pineño Flores, N. Pujol, D. Ambrona Zafra, J.A. Martínez Corcoles, A. Pagan Pomar, X.F. González Argente.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

OBJETIVO

En la Gastrectomía vertical ha sido recomendado el refuerzo seroseroso de la línea de sutura mecánica tras completar la gastrectomía, con los objetivos de reducir el riesgo de hemorragia o la potencial fístula de la unión esófago-gástrica. Presentamos los resultados obtenidos en 2 grupos consecutivos de pacientes a los que se realizó distinto manejo tras la realización de la gastrectomía tubular.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde marzo de 2010 a Diciembre de 2017 se han realizado en la Unidad de Cirugía Esófago-gástrica del Hospital Universitario de Son Espases 124 gastrectomías verticales laparoscópicas.

La Gastrectomía vertical laparoscópica fue realizada mediante 5 trocares (3 de 12 mm y 2 de 5 mm). Se realiza la gastrolisis de la curvatura mayor gástrica a 4 cm del piloto y su subsiguiente sección gástrica mediante sutura lineal reforzada (Endo GIA™ Reinforced Reload con tecnología Tri-Staple™ Medtronic^R) tutorizada con sonda de Fouchet de 50 frenchs.

Grupo I (n=44 pacientes). Sección gástrica se realizo mediante sutura lineal mecánica y finalizada la gastrectomía se realiza refuerzo sero-seroso invaginaste mediante sutura continua interrumpida de seda o.

Grupo II (n=80 pacientes). Sección gástrica con sutura lineal mecánica reforzada sin refuerzo sero-seroso de sutura posterior.

Se deja drenaje de Blake a declive en la mitad inicial de la serie, que incluye a los pacientes con refuerzo de la línea de sutura. En ningún caso se dejó SNG.

RESULTADOS

Ambos grupos son homogéneos. Se intervinieron 35 hombres y 89 mujeres con una estancia media de 2.3 días. Periodo de seguimiento medio 29 meses. (Rango 14-70 meses) máximo.

- Grupo I (n=44 pacientes). Sexo 12 hombres y 32 mujeres. Edad Media de 43 años y con un rango entre 32 y 61, IMC medio de 45,7 kg/m² (43,4-51,1 kg/m²). Tiempo quirúrgico medio 125 minutos (110-150 minutos). Comorbilidades, (30.2% HTA, 17% DMT2, 28,2%, dislipemia, 24 % SAOS y 32% artropatia por sobrecarga). Mortalidad 0%. Reintervenciones 1 paciente por fístula temprana localizada en la unión esofagogástrica (2,27%).
- Grupo II (n=80 pacientes). Sexo 23 hombres y 57 mujeres. Edad Media de 46 años y con un rango entre 26 y 62, IMC medio de 44,2 kg/m² (43,4-54,5 kg/m²). Tiempo quirúrgico medio 82 minutos (75-110 minutos). Comorbilidades, (25.2% HTA, 23% DMT2, 18,2%, dislipemia, 20 % SAOS y 22% artropatia por sobrecarga). Mortalidad 0%. Un 1 paciente por fístula temprana localizada en la unión esofagogástrica, que no precisó reintervención inmediata (2,5%). Una reintervención tardía en 1 paciente con estenosis a nivel de la incisura angularis que requiere reconversión a bypass gástrico (2,5%).

CONCLUSIONES

La Gastrectomía vertical laparoscópica puede ser realizada con resultados óptimos utilizando la sutura mecánica reforzada que permite seguridad en la técnica y la reducción del tiempo quirúrgico.

POSIBLES DIFERENCIAS ENTRE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX Y SADI-S EN LA PÉRDIDA DE PESO, MEJORA DE COMORBILIDADES, ESTADO NUTRICIONAL Y CALIDAD DE VIDA

J.V. Ferrer Valls, Á. Sanahuja, P. Avellaneda, V. Fandos, Y. Melero, A. González, E. Pérez-Folqués, N. Saiz.

Clínica Obésitas, Valencia.

OBJETIVO

Estudiar las posibles diferencias entre pacientes intervenidos de Bypass Gástrico en Y de Roux (BPG) y Derivación duodeno-ileal con gastrectomía vertical (SADI-s), sobre la pérdida de peso, la mejora de comorbilidades, el estado nutricional y la calidad de vida, al año de la intervención.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo, de 20 pacientes intervenidos de SADI-s entre junio 2014 y junio 2017, y se compara con un grupo de 20 pacientes intervenidos de BPG de forma consecutiva durante el mismo periodo. EL SADI-s se realizó con derivación duodeno-ileal a 300 de válvula ileocecal y GV sobre sonda de 36 FR. El BPG con neo-estómago de 5x4,5 cm, AA 150 y ABP 100. Se obtienen datos a los 12 y 18 meses, estudio hemático, nutricional, test de calidad de vida (QLP-SP) y de síntomas bulímicos (BITE), pérdida de peso y mejora de comorbilidades.

RESULTADOS

Los pacientes tienen una media de 41,6 ± 9,5 años y 39,6 ± 8,8 años para el BPG y el SADI-s respectivamente (p=0,328). NO se ha encontrado ninguna diferencia significativa entre IMC inicial, y la proporción de sobrepeso perdido (%SPP) a los 12 y 24 meses postquirúrgicos entre los grupos (Tabla 1). Los pacientes intervenidos de SADI-s presentaban mayor número de comorbilidades previas a la operación, aunque la mejoría de las mismas fue similar en ambos grupos (Tabla 2). Presentaron heces blandas con más frecuencia el grupo de SADI-S (40% frente a 20% del grupo BPG). La puntuación de "calidad de vida" fue superior al año para SADI-S (90 frente a 76 en el BPG). La sintomatología bulímica a los 12 meses fue menor en el SADI-s (3,7 frente a 4,2 en el BPG). No hubo diferencias significativas en los parámetros nutricionales a los 12 meses.

CONCLUSIONES

1- No se han encontrado a 18 meses, diferencias significativas entre BPG y SADI-s en la pérdida de peso ni mejora de comorbilidades. 2- La puntuación de mejora de la calidad de vida y síntomas bulímicos fue superior en el SADI-s. Esto último puede deberse a una mayor capacidad gástrica mayor en el SADI-s que en el BPG, y a una fisiológica gástrica conservada en el primero. La mayor disminución de la ghrelina en el SADI-s podría justificar una mejor resolución de la sintomatología bulímica.

	IMC inicial	IMC 6meses	IMC 12meses	IMC 18meses	%SPP 6meses	%SPP 12meses	%SPP 18meses
Bypass Gástrico	44,4 ± 6,8	31,2 ± 4,5	27,6 ± 4,2	26,7 ± 4,1	63,9	80,1	85,0
Bypass SADI-s	44,1 ± 7,9	30,3 ± 4,9	29,2 ± 4,1	27,8 ± 3,9	68,2	73,0	82,6
	p=0,852	p=0,742	p=0,204	p=0,705	p=0,186	p=0,331	p=0,601

Tabla 1: IMC y %SPP inicial, a los 6, 12 y 18 meses postquirúrgicos.

	Bypass Gástrico		SADI-s	
	Previo	12 meses	Previo	12 meses
Diabetes Mellitus tipo II	20% (n=4)	0	40% (n=8)	10% (n=2)
Dislipemias	25% (n=5)	5% (n=1)	50% (n=10)	15% (n=3)
Hipertensión arterial	15% (n=3)	5% (n=1)	40% (n=8)	0

Tabla 2: Comorbilidades previas y a los 12 meses de pacientes intervenidos de BPG y SADI-s.

POSIBLES DIFERENCIAS EN LA EVOLUCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMÍA VERTICAL, BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX Y SADI-S

J.V. Ferrer Valls, Á. Sanahuja, P. Avellaneda, V. Fandos, Y. Melero, E. Pérez-Folqués, N. Saiz.

Clínica Obésitas, Valencia.

OBJETIVO

Estudiar la evolución de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-II) en pacientes intervenidos de Gastrectomía Vertical (GV), Bypass Gástrico (BPG) y Derivación duodeno-ileal con gastrectomía vertical (SADI-s).

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo, de pacientes intervenidos de entre marzo 2015 y octubre 2016 que presentan DM-II. Según el grado de obesidad, edad, sexo, la gravedad de la DM-II, los antecedentes familiares de obesidad y diabetes, perfil psicológico, y preferencias del paciente, se programan para gastrectomía vertical (GV), Bypass Gástrico en Y de Roux (BPG) o derivación duodeno-ileal con gastrectomía vertical (SADI-s). Se obtienen datos a los 12 meses, de estudio hemático y nutricional, pérdida de peso y mejora de comorbilidades para los 3 grupos.

RESULTADOS

El la Tabla 1 se muestran los datos demográficos, el IMC y %SSP al año, así la incidencia de DM dentro de cada grupo. En la Tabla 2 se muestran el estudio hemático y nutricional a los 12 meses en cada grupo. Presentaron heces duras el 20% de los intervenidos de GV y blandas el 75% del grupo de BPG y el 44,4% de SADI-s. En los 3 grupos, el 100% de los pacientes tuvieron resolución completa de la DM-II (Hgb A1c < 6% sin medicación) (Tabla 3).

CONCLUSIONES

1- El número de pacientes con DM-II es menor y de menor gravedad en GV que en BPG y SADI-s, por la aplicación de nuestro protocolo. 2- Parece que cuando la selección de la operación es adecuada al perfil del paciente, todas las técnicas son adecuadas para la resolución de la DM-II. La HGB A1c menores se consiguen con el SADI-s.

	GV	BPG	SADI-s
Edad	43,2 ± 4,4	51,0 ± 8,9	46,9 ± 5,2
IMC antes	41,0 ± 2,9	45,9 ± 7,5	42,1 ± 7,8
IMC 12 meses	29,7 ± 5,5	30,2 ± 6,9	30,0 ± 4,2
%SPP 12 meses	69,4 %	76,3 %	70,3 %
DM-II	9,3%	21,1%	40,9%

Tabla 1: Datos demográficos de los 3 grupos.

	GV	BPG	SADI-s
Proteínas Totales (g/dl)	7,1 ± 0,3	6,6 ± 0,3	6,3 ± 0,5
Ferritina (ng/ml)	83,7 ± 96,8	21,0 ± 15,1	127,0 ± 98,0
Col. LDL (mg/dl)	109,7 ± 26,8	119,0 ± 35,7	87,9 ± 21,7
Triglicéridos (mg/dl)	146,5 ± 43,3	103,3 ± 50,3	104,1 ± 31,4
Ác. Fólico (ng/ml)	4,0 ± 0,8	5,0 ± 1,8	6,9 ± 6,5
Vit. D (ng/ml)	28,2 ± 8,1	27,3 ± 12,3	22,0 ± 11,0
PTH (pg/ml)	67,2 ± 12,5	73,0 ± 22,9	38,0 ± 7,4

Tabla 2: Parámetros analíticos de los pacientes intervenidos de GV, BPG y SADI-s a los 12 meses postquirúrgicos.

	Glucemia previa (mg/dl)	Glucemia 12meses	Hgb A1c (%) previa	Hgb A1c (%) 12 meses
GV	115,8 ± 9,5	86,3 ± 9,7	6,2 ± 1,0	4,9 ± 0,5
BPG	127,3 ± 33,2	92,7 ± 13,6	9,3 ± 0,1	5,4 ± 0,5
SADI-s	130,8 ± 71,7	91,1 ± 17,1	7,3 ± 1,8	4,0 ± 0,1

Tabla 3: Resultados de glucemia y HGB A1c a los 12 meses postquirúrgicos.

EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LAS COMORBILIDADES EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

C. García Gutiérrez, E. Contreras Saiz, A. Suárez Sánchez, I. Cifrián Canales, M. Merayo Álvarez, T. Díaz Vico, S. Amozá Pais, M. Moreno Gijón, J.L. Rodicio Miravalles, L. Sanz Álvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

OBJETIVO

Enmarcada dentro de las “epidemias invisibles”, la creciente prevalencia de la obesidad mórbida en las últimas décadas, así como su asociación con otras patologías como hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), apnea del sueño (SAOS) y dislipemia, supone un coste socio-sanitario elevado.

El objetivo del estudio es analizar la evolución de las comorbilidades a los 10 años tras la intervención de cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron 138 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro entre enero 2005 y diciembre 2007 con un seguimiento de 10 años. Los datos fueron recogidos en una base de datos en SPSS utilizando el análisis descriptivo para la extracción de los resultados.

RESULTADOS

De los 138 pacientes sometidos a cirugía bariátrica durante el período de 3 años, 2 de ellos fallecieron. La mediana de edad fue 43 años (18-62). Se intervinieron 113 mujeres (83.1%) y 23 hombres (16.9%). En cuanto a la técnica quirúrgica se realizaron 135 bypass gástricos (99,3%) y una gastrectomía vertical. Las comorbilidades analizadas fueron HTA, DM, SAOS, dislipemia y depresión.

De los 136 pacientes, un 55% (76) presentaba HTA previa a la intervención quirúrgica, un 25% (34) DM tipo II, un 44% (60) SAOS, un 16% (22) dislipemia y un 36% (49) depresión.

De los 75 pacientes hipertensos, 46 (61.3%) actualmente son normotensos o disminuyeron su tratamiento antihipertensivo, 18 (24%) continúan con el mismo tratamiento, sólo 4 (5.3%) empeoraron y 7 (9.3%) de ellos desconocemos su evolución.

Los pacientes que presentaban DM al inicio fueron 34, de los cuales 19 (55.9%) presentan glucemias basales normalizadas con HbA_{1c} < 6 o una disminución de las necesidades farmacológicas, 11 (32.4%) se mantienen igual, y 4 casos (11.8%) se perdieron en el seguimiento.

En cuanto al SAOS, lo padecían 60 pacientes, presentando mejoría o resolución de la patología 39 (65%) frente a 11 (18.3%) que se mantuvieron igual y 3 pacientes (5%) que empeoraron. No sabemos cómo evolucionaron 7 de ellos (11.7%).

La dislipemia mejoró o se resolvió en 13 casos (59.1%) de los 22 pacientes que la padecían al inicio y permaneció igual en 4 (18.2%). Desconocemos la evolución en 5 casos (22.7%).

Pudieron suspender el tratamiento antidepresivo o disminuir su dosis 19 de los 49 pacientes iniciales (38.8%), permanecieron igual 8 (16.3%) y requieren más medicación 18 (36.7%). No se logró conocer el desenlace de 4 pacientes (8.2%).

CONCLUSIONES

En nuestra serie en más de la mitad de los pacientes se produce una resolución o franca mejoría de las comorbilidades que presentaban previamente al tratamiento quirúrgico de la obesidad.

El SAOS y la HTA son las patologías que mayor porcentaje de resolución presentan, como dicta la literatura.

Sin embargo, otras como la depresión no parecen evolucionar hacia una mejoría en la mayoría de los pacientes lo que orienta a que existe un factor psico-social que puede hacer resurgir o evitar su curación.

¿EXISTE UNA LONGITUD DE ASAS IDEAL PARA OBTENER UNA PÉRDIDA DE PESO ÓPTIMA EN EL BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS?

M.A. Carbajo, J. Ruiz-Tovar, L. Zubiaga, J.M. Jiménez, M.J. Castro, A. Solar.

Centro de Excelencia para el Estudio y Tratamiento de la Obesidad, Valladolid.

INTRODUCCIÓN

EL bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA) es una técnica malabsortiva que está creciendo exponencialmente en los últimos años, gracias a los buenos resultados a largo plazo que presenta en términos de pérdida de peso, mejoría de comorbilidades y escasas complicaciones postoperatorias inmediatas y a largo plazo. Sin embargo, como toda técnica malabsortiva, siempre existe la incertidumbre de cuál es la longitud de asas ideal para optimizar los resultados y que estos sean reproducibles para distintos pacientes.

El objetivo de este trabajo es evaluar las diferentes longitudes de asa biliar y asa común realizadas en BAGUA, evaluando la pérdida de peso obtenida. Se investigó la existencia de un punto de corte para cada medida de asa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio prospectivo observacional de una serie de 320 pacientes con indicación de cirugía bariátrica o metabólica y sometidos a BAGUA. Las variables analizadas fueron IMC, Pérdida de peso y porcentaje de exceso de peso perdido (PEPP) al año de la cirugía. Se evaluaron las longitudes de asas biliar y común, y se calcularon las proporciones asa biliar/Intestino total y asa común/intestino total.

RESULTADOS

Analizamos 320 pacientes, 250 mujeres y 70 hombres, con una edad media de 43.8+12.4 años y un IMC inicial de 41.3+8.2. Se realizó un BAGUA en todos los casos con una longitud media del asa biliar de 279.1+24.2 cm y una longitud del asa común de 227.2+23.3 cm. La longitud media del intestino completo fue de 506.5 + 23.2 cm. La proporción Asa biliar/longitud total fue de 0.55+0.04 y la proporción asa común/longitud total de 0.45 + 0.04.

A los 12 meses, la longitud del asa biliar y la proporción asa biliar/total se correlacionaban directamente con la pérdida de peso y el PEPP. La longitud del asa común y la proporción asa común/total se correlacionaban de forma inversa con la pérdida de peso y el PEPP.

Tratando de establecer un punto de corte ideal para obtener un IMC<25 se calculó el área bajo la curva de todas las medidas, siendo estadísticamente significativas para el asa común (AUC 0.640; IC95%(0.571-0.709);p<0.001) y para el cociente asa común/longitud total (AUC 0.687; IC95%(0.621-0.753);p<0.001).

Para el asa común se estableció un punto de corte en 220cm con una sensibilidad del 75% y especificidad del 65%. Se apreció que una longitud de asa común de 180cm ya obtenía un IMC<25 en el 100% de los casos.

Para el cociente asa común/Total se estableció punto de corte en 0.44 con una sensibilidad del 78% y especificidad del 68%. Una proporción ≤ 0.37 ya obtenía un IMC<25 en el 100% de los casos.

CONCLUSIONES

La proporción asa común/longitud total es la mejor determinación para predecir el éxito ponderal del BAGUA. Se recomienda que esta proporción oscile entre 0.37-0.44. Por otra parte, la longitud del asa común puede variar entre 180-220 cm.

ELECCIÓN DE LA TÉCNICA BARIÁTRICA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL MAYOR A 40: LA REALIDAD ES TERCA

M. Á. Escartí¹, J. Pacheco¹, I. Rubió¹, L. Escudero², A.C. Garrote¹.

¹ Hospitales HLA La Vega, Moncloa, Murcia, Madrid; ² Hospitales HLA La Vega, Moncloa, Murcia, Valencia.

OBJETIVOS

Analizar nuestros resultados en cuanto a pérdida de peso a medio plazo (5 años) considerando la técnica utilizada y el índice de masa corporal (IMC) preoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos utilizado nuestra base de datos prospectiva de cirugías bariátricas consecutivas desde mayo de 2002 hasta diciembre de 2017. Hemos estudiado las tres técnicas consideradas actualmente “tipo”: bypass gástrico en Y de Roux, gastrectomía vertical y banda gástrica ajustable. Hemos analizado el porcentaje de sobrepeso perdido (%SPP) a 5 años, estableciendo como punto de corte de “éxito” el 50%. En los casos sometidos a cirugía de revisión consideramos el %SPP en el momento de la revisión. Hemos determinado el número de casos de %SPP>50% a 5 años en función de la técnica y el IMC preoperatorio utilizando 40 kg/m² como punto de corte. No hemos considerado los casos de cirugía de revisión bariátrica.

RESULTADOS

Nuestra base de datos recoge 2064 procedimientos. Todos los casos han sido intervenidos por el mismo cirujano principal en 9 hospitales diferentes. Estos han sido los resultados obtenidos de casos con %SPP>50% a los 5 años en función de la técnica y el IMC preoperatorio:

Banda gástrica ajustable (n=231) (BGAL)		
	% SPP a 5 años <50%	% SPP a 5 años >50%
IMC preoperatorio <40	68 casos (46.3%)	79 casos (53.7%)
IMC preoperatorio >40	61 casos (72.6%)	23 casos (27.4%)

Gastrectomía vertical (n=311) (GVL)		
	% SPP a 5 años <50%	% SPP a 5 años >50%
IMC preoperatorio <40	34 casos (26.6%)	94 casos (73.4%)
IMC preoperatorio >40	76 casos (41.5%)	107 casos (58.5%)

Bypass gástrico en Y de Roux (n=343) (BPGYR)		
	% SPP a 5 años <50%	% SPP a 5 años >50%
IMC preoperatorio <40	14 casos (12.5%)	98 casos (87.5%)
IMC preoperatorio >40	54 casos (23.4%)	177 casos (76.6%)

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, cuando el IMC preoperatorio es superior a 40, las técnicas restrictivas (BGAL y GVL) consiguen buenos resultados en una proporción excesivamente baja de pacientes a 5 años. El BPGYR es la única técnica con buenos resultados en IMC>40 a medio plazo.

Cuando el IMC preoperatorio es inferior a 40, la BGAL sigue sin ser una técnica con buenos resultados, mientras que GVL y BPGYR se muestran superiores (a 5 años).

Por lo anterior, concluimos que:

1. La BGAL debería utilizarse en casos muy seleccionados y siempre con IMC<40.
2. En IMC<40 pueden contemplarse GVL y BPGYR como opciones terapéuticas correctas.
3. En IMC>40, el BPGYR es claramente superior y hay que informar a los pacientes que soliciten una GVL que más del 40% entrarán en “pérdida insuficiente de peso” a los 5 años.

O-061 **USO DE STENT COMO TRATAMIENTO EN FÍSTULAS PRODUCIDAS TRAS GASTRECTOMIA VERTICAL**

N. De Armas Conde, I.M. Gallarín Salamanca, I. Jaén Torrejimenó, M. Carmona Agúndez, J. Santos Naharro.

Hospital Infanta Cristina, Parla.

OBJETIVOS

La fístula gástrica como complicación de una gastrectomía vertical se traduce en un aumento de la morbimortalidad del paciente, teniendo en cuenta la prevalencia del sleeve como técnica para evitar la reganancia de peso, se hace necesario profundizar en sus posibles complicaciones así como en su manejo. El uso de stent, es una alternativa menos invasiva que nos permite tratar la fístula producida en cirugía bariátrica.

Nuestro objetivo es analizar el uso de stent como tratamiento de fuga gástrica en los pacientes intervenidos en nuestro servicio entre los años 2013-2017 mediante gastrectomía vertical.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos entre 2013-2017 en nuestro servicio mediante gastrectomía vertical.

RESULTADOS

En total se han analizado 118 pacientes intervenidos de sleeve, lo que supone un 52,9% del total de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro servicio (n= 218), con una mediana de 44,03 [21,54-68,07] años de edad, siendo 69,5% mujeres y 30,5% hombres.

De los pacientes operados 11 (9,3%) han tenido que ser reintervenidos, entre sus causas: 9 fístulas en la manga gástrica (83,3%) y 2 Hemoperitoneo (16,7%). El diagnóstico de fístula se realizó mediante TC abdomen con contraste oral e intravenoso o bien por endoscopia intraoperatoria. El tiempo transcurrido desde la intervención del paciente y el diagnóstico de fuga fue de Me= 4 [3-387] días.

En cuanto al tratamiento realizado para el manejo de la fístula: 6 stent (60%), 1 cierre primario (10%), 1 epiploplastia (10%), 2 conversión a By-pass (20%). Los stent colocados a todos los pacientes durante un tiempo de media $58,6 \pm 14,74$ días consistían en endoprótesis parcialmente recubiertas que una vez resuelto el cuadro clínico se retiraban. El 50% de los pacientes a los que se les colocó prótesis precisaron de una nueva gastroscopia para recambiar la prótesis 16,67% o bien añadir una a la ya existente para cubrir el defecto 33%. No se objetivaron complicaciones tras la colocación de la misma.

CONCLUSIONES

Ante los hallazgos descritos, la colocación de endoprótesis para el tratamiento de fuga bariátrica aporta resultados favorables en el manejo de esta complicación, evitando la manipulación de los tejidos e incrementando el riesgo de complicaciones postquirúrgica

O-061

MANEJO DE LA VÍA AÉREA: FACTORES DE RIESGO EN EL PACIENTE OBESO

D. Muñoz Mingarro, G. Echarri González, P. Duque Sosa, M. Landecho Acha, V. Valenti Azcarate, C. Tuero, G. Frhübeck, E. Goñi Lecaroz, E. Martín Gómez, R. Moncada Durruti.

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

INTRODUCCIÓN

El manejo de la vía aérea es fundamental para la práctica anestésica. En el paciente obeso se dan una serie de cambios con respecto al paciente sano que podrían dificultar su manejo. La valoración de la vía aérea del paciente se basa en una correcta anamnesis y exploración física que permita identificar los factores de riesgo, así como test clínico predictores de intubación difícil. Para su manejo existen múltiples dispositivos siendo el más usado el laringoscopio directo.

OBJETIVOS

Se pretende hacer una revisión bibliográfica sobre manejo de la vía aérea difícil y centrarse en concreto en su manejo en el paciente obeso.

Analizar la influencia que tienen la edad, el sexo, el IMC, la presencia de SAOS, el IMC la circunferencia del cuello sobre la dificultad de la intubación en el paciente obeso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica sobre el manejo de la vía aérea y profundizando en su manejo en el paciente obeso. Estudio estadístico mediante la realización de una regresión logística sobre la influencia que tuvieron sobre la dificultad de la intubación la edad, el sexo, el índice de masa corporal, la presencia de Síndrome de Apnea obstructiva del sueño y la circunferencia del cuello.

RESULTADOS

Se obtiene tras el estudio que el único factor que nos permite describir un modelo para la predicción en la muestra sobre la dificultad en la intubación sería la circunferencia del cuello.

CONCLUSIÓN

Del estudio se observa que a pesar de los cambios que la obesidad produce en el paciente, la obesidad por sí sola no se relaciona con una mayor dificultad para la intubación. Mientras que el aumento de circunferencia del cuello, muchas veces asociada a la obesidad en la muestra sí que se relaciona de forma independiente con la dificultad en la intubación.

DOBLE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL TRAS FUGA DEL TEST DE AZUL DE METILENO

S. Alonso, D. Acin, M. Medina, C. Rihuete, J.M. Rodríguez, M. Iturbe, C. Naranjo, F. Pereira.

Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La fistula de la anastomosis gastroyeyunal es una complicación importante en la cirugía del bypass gástrico. Presentamos un caso clínico de una fuga del test de azul de metileno en la anastomosis gastroyeyunal que requirió rehacer la anastomosis.

CASO CLINICO

Mujer de 59 años de edad con IMC de 42. Comorbilidades: dislipemia. Gastroscopia: Gastritis crónica superficial antral leve. Ecografía: esteatosis hepática. Test del aliento: negativo. Pérdida de peso preoperatoria: 6 Kg. Se realiza bypass gástrico simplificado laparoscópico. Se confecciona el reservorio de 5cm con carga dorada. Posteriormente se realiza anastomosis gastro-yeyunal tras medir 80cm desde el Treitz. Se realiza anastomosis lineal con carga blanca y cierre del defecto con sutura continua de monocryl de 3/0. Posteriormente se cierre el orificio de Petersen y se cuentan 150 cm de asa alimentaria. Se procede a la realización de la anastomosis del pie de asa con grapadora lineal carga blanca y cierre posterior del orificio con sutura continua monocryl 3/0. Tras ello, se realiza cierre de brecha mesentérica. Se comprueba la estanqueidad de ambas anastomosis mediante el test de azul de metileno apreciándose una fuga en la anastomosis gastroyeyunal. Tras múltiples intentos de reparación el test de azul continúa fugando por lo que se decide reseca la anastomosis y volver a realizar la misma proximal a la anterior. El test de azul de metileno de la segunda anastomosis no objetivó fugas. Por último se realiza la sección del asa que une ambas anastomosis para finalizar la técnica. La paciente es dada de alta el tercer día postoperatorio sin incidencias.

DISCUSIÓN

La fistula 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.

VÍA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL, DIFICULTADES REALES DE IMPLANTACIÓN

J.J. Martín Ramiro, J. Vázquez Echarri, M. Marqueta De Salas, M. Pérez González, J. Bernar De Oriol, P. Díaz Peña, J. González Guerreiro, I. Cervera, N. Herrera Merino.

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

OBJETIVOS

Comunicación de las dificultades reales encontradas en la implantación de una vía clínica de rehabilitación multimodal en cirugía bariátrica, en un hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de las resistencias encontradas en el cambio de actuación necesario por servicios y personas implicadas así como las soluciones adoptadas.

RESULTADOS

Dentro del grupo de usuarios y familiares: las principales reticencias fueron referidas al ingreso el mismo día de la cirugía, la tolerancia y movilización precoz y el miedo al alta temprana. Dentro del grupo del Personal de enfermería en planta y el equipo de cirujanos/anestesiólogos no directamente implicados en la unidad de cirugía bariátrica, las dificultades las encontramos en la aplicación de acciones que chocan con la tradición en relación a tolerancia y movilización precoz, no dejar drenajes, ni sondas vesicales y el uso de anestesia local en trócares. Por último en relación al servicio de reanimación: las dificultades fueron de tipo logístico, la movilización precoz requiere un esfuerzo añadido para un personal de enfermería, auxiliares y celadores limitados.

Antes los problemas anteriores se adoptaron como soluciones en el caso de familiares y usuarios una información exhaustiva y clara previa a la cirugía, siempre en grupo durante la rehabilitación previa a la cirugía así como el día del ingreso por parte del personal de planta. Fue fundamental el control de náuseas y vómitos así como del dolor postoperatorio. En relación con el personal de enfermería, cirujanos y anestesiólogos se optó por sesiones informativas mostrando la evidencia científica actual y sobre todo fue la observación de los resultados obtenidos lo que ayudó a vencer las reticencias. En cuanto al servicio de reanimación la solución debe ser institucional, no obstante evitando náuseas, vómitos, sondas y dolor la estancia en reanimación es limitada y no influye de forma significativa en el desarrollo de la vía.

CONCLUSIONES

El proceso de cambio es lento, por tanto no es operativo la exigencia del cumplimiento a ultranza todos los objetivos inicialmente propuestos, sino más bien una mejora continua para que sean los propios resultados los que impulsen la modificación de los hábitos.

MANEJO DE LAS FÍSTULAS EN EL SLEEVE GÁSTRICO

A. Gil Catalán, C. Pineño Flores, S. Jerí Mcfarlane, C.M. Soldevila Verdeguer, J.M. García Pérez, F. Sena Ruiz, A. Pagán Pomar, J.A. Martínez Córcoles, A. Bianchi, F.J. González Argente.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

OBJETIVOS

El sleeve gástrico es una de las técnicas de cirugía bariátrica más comunes. De entre sus complicaciones, la fístula anastomótica es una de las más frecuentes (1-5%) y la segunda causa de mortalidad tras esta técnica (0'4%). Generalmente la fuga se localiza en la porción superior de la zona de grapado y se asocia a múltiples factores (zona de sutura, material, vascularización).

Nuestro objetivo es caracterizar la fuga anastomótica tras sleeve gástrico y su manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El primer caso trata una mujer de 54 años con IMC 44'6 kg/m² y sobrepeso de 58 kg, y como morbilidad asociada: osteoartropatía, SAHS, HTA y esteatosis hepática.

Se decide realizar sleeve gástrico. Al segundo día postoperatorio inicia epigastralgia, taquicardia y náuseas. Las pruebas de imagen orientan hacia una dehiscencia de sutura.

El segundo es un hombre de 34 años, IMC 54 kg/m² y sobrepeso de 85'8 kg, con DM II, dislipemia, osteoartropatía, esteatosis hepática, dispepsia, SAHS severo y enfermedad venosa periférica.

Proponiéndose sleeve gástrico como técnica bariátrica. Al tercer día postoperatorio el paciente presenta fiebre y epigastralgia. Las pruebas complementarias evidencian salida de contenido endoluminal al abdomen, compatible con fuga anastomótica.

RESULTADOS

La primera paciente se manejó quirúrgicamente. En la primera revisión quirúrgica no se halló fístula y únicamente se realizó lavado.

Tras un curso postoperatorio con presencia de colección intraabdominal y derrame pleural, se localiza una fístula esófago-gástrica en una segunda intervención donde se suturó la dehiscencia con cierre de la fuga en la unión esofagogástrica y colocación de yeyunostomía de alimentación. Tras la misma mejora significativamente y después de 76 días de ingreso es dada de alta.

En su último control, 4 años tras la cirugía, presentaba: IMC 26'7 kg/m², PSP 90'98%, PEIMCP 91'3%. Además se habían resuelto sus comorbilidades y como complicación ha presentado únicamente una leve hipovitaminosis D y ERGE.

El segundo caso se manejó de forma endoscópica, colocando una prótesis esofágica intraluminal. Días después inició un cuadro de intolerancia oral, náuseas y vómitos.

Se recoloca la prótesis varias veces sin mejoría por lo que se decide retirarla, observándose tejido de granulación al final de la misma que bloqueaba el paso.

El paciente pudo ser dado de alta y a los 2 meses de la cirugía presentaba un IMC de 43'1 kg/m² y un PEIMCP de 38'3%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La fuga anastomótica en la gastrectomía vertical es una complicación con gran morbi-mortalidad, que debe tenerse muy en cuenta ante postoperatorios complejos.

En nuestra experiencia, tanto el manejo quirúrgico como el tratamiento endoscópico presentan ventajas e inconvenientes, con controversias en su indicación. Diversas revisiones sugieren que la indicación de cirugía es más clara ante dehiscencias precoces (primeras 24 horas) y el manejo con endoprótesis presenta ventajas en fugas de más tiempo de evolución.

Sin embargo, no existe una guía de manejo que consensue la actuación en este tipo de pacientes, lo cual aporta especial importancia a la prevención de complicaciones de esta índole.

BYPASS GÁSTRICO Y EVENTRACIÓN LAPAROSCÓPICA EN UN MISMO TIEMPO QUIRÚRGICO

S. Alonso Gómez, D. Acin, M. Medina, C. Rihuete, J.M. Rodríguez, M. Iturbe, C. Naranjo, F. Pereira.

Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Muchos pacientes que se someten a cirugía bariátrica presentan hernias de la pared anterior del abdomen. Existe controversia sobre la realización simultánea de ambos procedimientos. Se presenta el caso de una paciente sometida a ambas técnicas en el mismo acto quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 48 de edad con IMC de 40. No comorbilidades. Gastroscopia normal. Ecografía: esteatosis hepática. Test del aliento: negativo. Pérdida de peso preoperatoria: 8 Kg. Se realiza bypass gástrico simplificado laparoscópico. Inicialmente se realiza adhesiolisis de epiplon a saco herniario, tras ello, se confecciona el reservorio de 5 cm con carga dorada. Posteriormente se realiza anastomosis gastro-yeyunal tras medir 80 cm desde el Treitz. Se realiza anastomosis lineal con carga blanca y cierre del defecto con sutura continua de monocryl de 3/0. Posteriormente se cierre el orificio de Petersen y se cuentan 150 cm de asa alimentaria. Se procede a la realización de la anastomosis del pie de asa con grapadora lineal carga blanca y cierre posterior del orificio con sutura continua monocryl 3/0. Tras ello, se realiza cierre de brecha mesentérica. Por último se realiza la sección del asa que une ambas anastomosis. Finalizada la técnica bariátrica se realiza resección del saco herniario y del peritoneo adyacente al orificio herniario. Se coloca un malla intraperitoneal doble capa de 5x5 cm fijada con doble corona de Tackers. La paciente es dada de alta al cuarto día postoperatorio sin incidencias. En el seguimiento en consultas la paciente desarrolla un seroma que requiere de punción para su evacuación.

DISCUSIÓN

La realización en un mismo tiempo de la cirugía bariátrica y de la reparación de las hernias de la pared anterior del abdomen es un tema controvertido. Algunos autores refieren que se debe evitar el uso de una malla intrabdominal debido a su potencial contaminación por el contacto con el contenido gastrointestinal. Por otro lado, la pérdida de peso tras el bypass gástrico puede contribuir a un aumento de la tasa de recidivas. Mientras que en algunos estudios el procedimiento doble se presenta como una técnica factible y segura otros autores prefieren la reparación herniaria cuando ha finalizado la pérdida de peso. Son necesarios más estudios para aportar más aclaraciones a este dilema.

DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES OBESOS

M.D.J. Rodríguez Perdomo, M.L. Hernández Cosido, T. Rubio Sánchez, R. Rodríguez García, S. Carrero García, I. Jiménez Vaquero, M. Marcos Martín, F.C. Parreño Manchado, O. Abdel-Lah Fernández, L. Muñoz Bellvis.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la obesidad constituye una epidemia mundial, un porcentaje de estos pacientes presenta enfermedades asociadas como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). El tratamiento clásico de la diabetes consiste en la modificación de los hábitos alimentarios y estilo de vida asociado o no a tratamiento farmacológico, sin embargo, los resultados no muestran control óptimo de la diabetes y las patologías resultantes del inadecuado control glucémico. En las últimas guías de la American Diabetes Association (ADA) se ha incluido la cirugía bariátrica en el algoritmo terapéutico, con resultados prometedores.

OBJETIVOS

Evaluar la mejoría o remisión de la DM2 en pacientes obesos sometidos a gastrectomía tubular laparoscópica en el Hospital Universitario de Salamanca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo de una cohorte de pacientes con índice de masa corporal (IMC) mayor de 35 kg/m², intervenidos de gastrectomía tubular laparoscópica (GTL) en la Unidad de Cirugía Bariátrica del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Se excluyeron pacientes con otras posibles causas de diabetes y uno de los pacientes con DM2 que falleció antes del año de seguimiento. Se realizó una valoración inicial y 12 meses después de la cirugía, recogiendo datos clínicos, antropométricos y analíticos que incluyó la glucemia basal y la hemoglobina glicosilada (HbA1c). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 23. Para ello, las variables cuantitativas se presentan como la media y su desviación estándar (DE) y fueron comparadas mediante la t de Student para muestras relacionadas. Las variables cualitativas son presentadas como valor absoluto (%) y se compararon mediante la prueba de Chi-cuadrado, estableciéndose un nivel de significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS

La muestra se compuso de 85 pacientes con una media de IMC de 49,03 kg/m² (DE= 7,69) a los que se realizó una GTL, de los cuales 28 (32,9%) eran diabéticos. La edad media de los pacientes fue de 45,81 años (DE= 11,24), siendo el 72,9% mujeres. Los pacientes con DM2 presentaban una media de IMC de 49,40 kg/m² (DE= 8,19), con edades comprendidas entre 33 y 65 años (con una media de 49,3 y una desviación estándar de 7,8). Respecto a la glucemia, el valor medio inicial fue de 133,67 mg/dl (DE= 55,5), mientras que al año se redujo a 102,2 mg/dl (DE= 49) lo que supone una pérdida media de 31,47 mg/dl (DE= 49,3) estadísticamente significativa ($p = 0,003$). La comparativa de la HbA1c muestra una media muestral previa a la intervención de 7,24% (DE= 1,9) mientras que al año fue de 5,92% (DE= 1,06) lo que supone una reducción media del 1,32% (DE= 1,29), $p < 0,01$. De los 27 pacientes con DM2, el 18,5% obtuvieron una mejoría, el 3,7% una remisión parcial y el 66,7% una remisión completa, mientras que en el 11,1% de los pacientes no se alcanzó mejoría.

CONCLUSIONES

La GTL constituye una gran herramienta en el tratamiento de la DM2 en pacientes obesos, consiguiendo una importante disminución en la glucemia y hemoglobina glicosilada en un alto porcentaje de pacientes.

GESTACIÓN INADVERTIDA EN EL POSTOPERATORIO TRAS COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.D.L.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, A. Bengoechea Trujillo, M. Fornell Ariza, F.J. Vilchez López, C. Rodríguez Ramos, I. Mateo Gavira, M. Aguilar Diosdado.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

OBJETIVO

La obesidad mórbida se relaciona con trastornos de la fertilidad y el incremento de abortos. Es frecuente tras la pérdida ponderal recuperar la fertilidad, pero se recomienda esperar 18 meses para la gestación. Presentamos el caso de una gestación inadvertida en el postoperatorio complicado con una fuga de una paciente intervenida mediante gastrectomía vertical por obesidad mórbida.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 37 años de edad, sin antecedentes familiares de obesidad y sin comorbilidades, con síndrome de ovario poliquístico y obesidad mórbida IMC 44,8. Tras ser valorada se decide según protocolo realizar gastrectomía vertical laparoscópica según técnica habitual tutorizada con sonda de Fouchet de 34 french con Endograpadora de 60 mm protegida con Seamguard, sin incidencias.

RESULTADO

La paciente inicia tolerancia oral a las 24 horas y al 3º día Postoperatorio es dada de alta. Acude a revisión a los 20 días presentando vómitos y febrícula, por lo que se realiza TAC abdominal que evidencia fuga, sin repercusión hemodinámica. Se maneja de forma conservadora mediante endoprotesis y drenaje percutáneo y es dada de alta a los 20 días del ingreso. A las 8 semanas se retira la prótesis se realiza estudio gastroduodenal en que no se evidencia la fuga, tiene adecuada tolerancia y es dada de alta. Acude a revisión a los 6 meses de la cirugía para control radiológico de la fuga y nos indica que no ha perdido nada de peso desde el último ingreso. Se solicita nuevo Estudio gastroduodenal en el que el radiólogo evidencia la presencia de imagen sugestiva de gestación avanzada por lo que se suspende la prueba. Se remite a ginecología y se verifica una gestación de 24 semanas de gestación, que transcurre sin complicaciones, presentando parto eutócico a las 40 semanas. Tras finalizar la misma la paciente ha presentado adecuada pérdida ponderal, tolerancia y la gastroplastia tras estudio endoscopio y baritado está normal, y no han habido complicaciones materno-fetales.

CONCLUSIONES

Los resultados del embarazo tras cirugía bariátrica son mejores que en las pacientes obesas no intervenidas de obesidad. El embarazo tras CB debe considerarse de alto riesgo y requiere un seguimiento estrecho multidisciplinar en Unidades de Cirugía, Obstetricia y Nutrición. Es importante la planificación de estas gestaciones y mantener anticoncepción al menos 18 meses tras la CB y esperar a que la pérdida de peso se estabilice y se corrijan las deficiencias nutricionales. En nuestro caso la presencia de una complicación postoperatoria hizo que la gestación pasara inadvertida para la paciente hasta el 6º mes de la cirugía y se evidenció por la ausencia de pérdida de peso sin otra sintomatología. A pesar de ello hay que tener siempre presente la posibilidad de la gestación inadvertida y planificar la posibilidad de gestación a partir de los 18 meses de la cirugía bariátrica y así como seguimiento multidisciplinar.

EFFECTOS DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA INTENSIVA PRECOZ EN LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

M. González Cañete, M. Landecho Acha, V. Valenti, G. Echarri, P. Duque, G. Frhübeck, L. Granero, E. Goñi, M. Molina, R. Moncada Durruti.

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones pulmonares postoperatorias tras la cirugía del abdomen superior son más frecuentes que en otro tipo de intervenciones quirúrgicas y suponen una importante de morbimortalidad.

El objetivo principal de la fisioterapia respiratoria intensiva (FTR) es aumentar el volumen pulmonar para reestablecer la función pulmonar y favorecer la expulsión de secreciones

La cirugía bariátrica combina los factores de riesgo de la obesidad mórbida y de la cirugía del abdomen anterior, por lo tanto, los pacientes que se someten a cirugía bariátrica tienen un riesgo aumentado de desarrollar complicaciones respiratorias postoperatorias (CRP). Dada la elevada morbilidad y mortalidad de las CRP es necesaria su prevención eficaz. El uso del Inspiron precoz es muy común dado su bajo coste, seguridad y simplicidad.

OBJETIVOS

- El objetivo principal de este trabajo es evaluar el efecto de la FTR intensiva precoz, en concreto, el efecto del Inspiron precoz en el desarrollo de CRP en pacientes sometidos a cirugía bariátrica.
- A su vez, se pretende evaluar el impacto de la FTR intensiva precoz, en concreto, el efecto del Inspiron precoz, en los días de estancia hospitalaria (repercusión económica) de pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y longitudinal que incluye a todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Clínica Universidad de Navarra (CUN) durante el período de tiempo comprendido entre abril de 2014 y junio de 2017. Un total de 218 pacientes (153 mujeres y 65 hombres) con edades comprendidas entre 18 y 76 años fueron incluidos en el estudio. Todos los pacientes fueron anestesiados bajo el mismo protocolo y todos los pacientes recibieron inspirón en la unidad de recuperación postanestésica (URPA).

Todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica recibieron la intervención que se pretende estudiar (espirometría incentivada), por lo que, no se dispone de un grupo control. Por lo tanto, para poder evaluar mejor el efecto de la IS, el estudio se complementó con una revisión bibliográfica.

Se consideraron como complicaciones respiratorias postoperatorias las recomendadas por la EPCO: Infección respiratoria, fallo respiratorio, derrame pleural, atelectasia, neumotórax, broncoespasmo y neumonitis por aspiración. Una vez recogidos los datos se procesaron con Microsoft Excell 2016. Los datos generales se presentan como media (desviación estándar) para variables continuas y como porcentajes para variables categóricas.

Se realizó una revisión bibliográfica realizando una búsqueda de artículos originales en MEDLINE Incluye artículos publicados antes de noviembre del 2017.

RESULTADOS

Se estudió a un total de 218 pacientes admitidos para cirugía bariátrica, de los cuales, 153 eran mujeres y 65 hombres. La media de edad fue de 48.6 años, con pacientes en edades comprendidas entre los 18 y los 76 años.

CONCLUSIÓN

Las CRP son una causa importante de morbilidad, mortalidad y aumento del gasto hospitalario, por lo que es vital su prevención. Los resultados de la revisión bibliográfica han evidenciado que, a día de hoy, el beneficio clínico de la IS es controvertido y su efecto en la prevención de CRP no está claro. Por lo tanto, es necesaria la realización de nuevos ensayos controlados, aleatorizados y de calidad que aporten evidencia suficiente sobre el efecto de la IS en las CRP tras cirugía bariátrica.

RESECCIÓN DE TUMORACIÓN MESENTÉRICA INCIDENTAL DURANTE LA REALIZACIÓN DE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO. OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA INTRAABDOMINAL

D. Acín-Gándara, S. Alonso-Gómez, M. Medina-García, B. Martínez-Torres, R. Arnáiz-Pérez, C. Rihuete-Caro, M. Iturbe-González, C. Naranjo-Checa, D. Cruzado-Ronda, F. Pereira-Pérez.

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

OBJETIVOS

Se presenta el caso de una paciente con una tumoración mesentérica incidental durante la realización de un bypass gástrico laparoscópico.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 41 años con antecedentes médicos de HTA, hipertrigliceridemia, artrosis y SAOS grave. Apendicectomía previa. Peso 125 kg, talla 167 cm e IMC 45. Exploración abdominal: cicatriz de Mc. Burney, resto sin hallazgos. Pruebas preoperatorias (ecografía abdominal con colelitiasis y esteatosis hepática; gastroscopia con gastritis erosiva antral; *Helicobacter pylori* negativizado tras tratamiento). Durante la intervención quirúrgica se realiza colecistectomía (sintomática), posteriormente se crea el reservorio gástrico de 6 cm y al ir al ángulo de Treitz para medir el asa biliar, se objetiva a 50 cm. del mismo, una tumoración mesentérica pétreo blanquecina, adyacente al yeyuno, de aproximadamente 5 cm. Se decide resección laparoscópica de dicha lesión, tras lo que quedan 10 cm. de yeyuno con mala vascularización, reseándose a continuación y dejando el pie de asa a 50 cm del ángulo de Treitz. Posteriormente se hace la anastomosis gastroyeyunal mecánica lineal reglada. El postoperatorio de la paciente transcurrió sin incidencias. El análisis anatomopatológico de la lesión demostró un nódulo con área de necrosis y osificación secundaria. El segmento yeyunal reseado no presentó hallazgos patológicos significativos.

DISCUSIÓN

La osificación heterotópica se ha definido como un proceso metaplásico de formación ósea que ocurre en tejidos que habitualmente no se osifican. La localización abdominal es poco frecuente. Se trata de un proceso reactivo como respuesta a un estímulo traumático o quirúrgico, también se ha asociado a tumores benignos, malignos, procesos infecciosos o idiopático. Más prevalente en varones de mediana edad. La manifestación clínica más frecuente suele ser la obstrucción intestinal. El pronóstico es excelente al ser una lesión benigna, aunque en ocasiones puede recidivar. El caso presentado fue un hallazgo incidental durante la cirugía que, de hecho, implicó realizar un asa biliar más corta (50 cm. en lugar de 70 cm.), realizar el pie de asa en el espacio inframesocólico (en lugar del bypass simplificado en el espacio supramesocólico) y una resección de 10 cm. de yeyuno.

CONCLUSIÓN

Es importante realizar una exploración de la cavidad abdominal antes de comenzar ningún paso quirúrgico, por si se encuentran hallazgos incidentales como en este caso, que pueden provocar modificaciones de la técnica quirúrgica.

GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HERNIAS MASIVAS CON PÉRDIDA DE DOMINIO

S. Sánchez-Cordero, M. Molinete, R. Vilallonga.

Hospital de Barcelona - SCIAS, Barcelona.

La reparación de una compleja hernia abdominal tiene una importante morbi-mortalidad. Proponemos la gastrectomía vertical laparoscópica como primer paso en el tratamiento de hernias con pérdida de derecho a domicilio en pacientes con obesidad mórbida.

Se trata de un paciente varón de 56 años con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial, con un IMC de 48 kg/m² y hernia incisional grande con pérdida de domicilio de una laparotomía media previa. Se decidió someterse a una gastrectomía vertical para la obesidad mórbida antes de la reparación de la hernia incisional.

En este caso, con el paciente en posición francesa, procedemos con la colocación de 5 trócares en posición de trabajo alejados de la eventración infraumbilical y la creación de neumoperitoneo con la aguja de Veress en el hipocondrio izquierdo.

Liberamos la mayor curvatura del estómago, desde la mitad hacia la parte superior con bipolar ultrasónico. Se realiza una abertura mínima de la curvatura mayor en el espacio retrogástrico. Todos los vasos cortos del fondo de ojo se identifican, en tensión y expuestos en posición vertical, y su sección completa se realiza hasta el pilar izquierdo. Se inserta un tubo de 40 F en el píloro y se reseca el estómago con una endograpadora mecánica lineal. Se necesitó un sexto trocar extra para realizar el primer grapado. Posteriormente, realizamos el refuerzo de la sutura mecánica con un punto continuo de Prolene, y se verificó la posterior rigidez de la sutura con la prueba de fugas de azul de metileno.

El curso postoperatorio transcurrió sin incidencias.

CONCLUSIÓN

La gastrectomía vertical laparoscópica es un procedimiento seguro en pacientes obesos antes de una reparación mayor de la hernia abdominal. Es una técnica mínimamente invasiva con ausencia de anastomosis. Estos factores predisponen a un menor número de complicaciones y permite la resolución de comorbilidades asociadas a la obesidad. La pérdida de peso corporal después de la cirugía puede ser una oportunidad para la reparación de la hernia incisional con pérdidas de dominio.

EVALUACIÓN A LARGO PLAZO DE LAS COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA OBESIDAD MÓRBIDA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

M. Marqueta De Salas, J.J. Martín Ramiro, L. Rodríguez Gómez, M. Pérez González, J. Bernar De Oriol, P. Díaz Peña, J. González Guerreiro, I. Cervera, N. Herrera Merino.

Hospital Severo Ochoa, Leganés.

OBJETIVOS

Analizar la evolución de las comorbilidades mayores e IMC a largo plazo en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo transversal sobre una muestra de 38 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica entre los años 2008 y 2011. La muestra se compone de 32 mujeres y 6 varones con una media de edad de 43,52 años. Las intervenciones quirúrgicas realizadas fueron 8 bandas gástricas, 8 gastrectomías verticales y 22 by-pass.

RESULTADOS

La DM se resuelve en un 71,43% de los casos, la HTA en un 47,05%, la DL en un 75% y el SAOS en un 70%. Por encima de los 5 años de seguimiento, el 28,9% de los pacientes presenta obesidad tipo I, el 23,7% presenta sobrepeso, el 23,7% obesidad tipo II y el 23,7% obesidad tipo III.

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica consigue la resolución de comorbilidades asociadas a la obesidad mórbida en un porcentaje muy elevado de casos siendo más efectiva en el caso de la dislipemia. Sin embargo, la reganancia de peso a largo plazo sigue siendo un problema en estos pacientes.

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN TRAS PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN NUESTRO MEDIO

M.D.L.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, A. Bengoechea Trujillo, M. Fornell Ariza, C. Rodríguez Ramos, C. Peña Barturen, J. Varela Recio, S. Cerrato Delgado, I. Mateo Gavira, F.J. Vilchez López.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

OBJETIVO

Durante los últimos años, las técnicas endoscópicas intentan sustituir a la cirugía en algunos pacientes con obesidad, cuando el tratamiento médico fracasa, basándose en que son técnicas menos agresivas. Hasta la fecha, existe muy poca evidencia científica de su efectividad. Presentamos nuestra experiencia en la cirugía bariátrica de revisión tras técnicas endoscópicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde Marzo de 2012 a Diciembre de 2017 Se han intervenido en nuestro centro 300 pacientes de cirugía Bariátrica. De ellos 7 pacientes habían sido sometidos previamente a procedimientos endoscopios para la reducción de peso. 5 habían sido portadores de Balón intragástrico y a dos de ellos se les había realizado técnica POSE. 6 mujeres y 1 hombre con edad media 42 años (28-56 años). 4 sin comorbilidades y dos de ellos presentaban síndrome metabólico. Peso medio 125,2 kg (105-159), con IMC medio de 44,97% (36,7-50). Tiempo medio desde el procedimiento endoscopio hasta la cirugía 2,2 años (1-3). Motivo en todos los casos re ganancia ponderal. A todos ellos se les realizó Gastrectomía vertical según técnica habitual de la unidad (Fouchet 34fr, endograpadora de 60 mm protegida con seamguard).

RESULTADOS

El postoperatorio en todos los casos cursó sin incidencias, siendo dados de alta al 3º día Postoperatorio excepto en un caso que fue al 5º día por nauseas postoperatorias. No se presentaron complicaciones postoperatorias inmediatas ni tardías y a los 3 años de la cirugía mantiene adecuada pérdida ponderal con un PSP a los 3 años de 75,6 +/-14,2.

DISCUSIÓN

Entre las técnicas endoscópicas para el tratamiento de la obesidad, la más empleada hasta el momento actual con pobres resultados ha sido el balón intragástrico, y últimamente están tomando mayor protagonismo la gastroplastia vertical endoscópica. A pesar de ello los resultados son pobres a largo plazo y precisan en muchos casos de cirugía de revisión por inadecuada pérdida ponderal. La realización de una gastrectomía vertical laparoscópica tras el fracaso de una técnica endoscópica es adecuada siempre realizada de forma cuidadosa ya que como en cualquier cirugía de revisión el porcentaje de complicaciones podría aumentar en dichos pacientes. En nuestro caso se realizó esta técnica con buenos resultados en cuanto a pérdida ponderal a medio plazo y sin complicaciones. No obstante son pocos los casos de nuestra serie y sería necesario un seguimiento a largo plazo.

PREVALENCIA RASGOS PATOLÓGICOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA Y SU ASOCIACIÓN CON UNA PEOR EVOLUCIÓN TRAS 24 MESES DE LA CIRUGÍA

M. Ferrer Márquez¹, J. Rodríguez Hurtado¹, M.J. Solvas Salmerón¹, J.M. García Torrecillas¹, A. Fontalba Navas², E. Vidaña Márquez¹, R. Belda Lozano¹, F. García Alvarado³.

¹ Hospital Torrecárdenas, Almería; ² Hospital de Antequera, Antequera; ³ -----, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Entre un 20-30% de los pacientes con obesidad mórbida padecen algún tipo de personalidad patológica, identificando a los trastornos por evitación, el dependiente y el obsesivo-compulsivo como los más comunes. La presencia de un trastorno de personalidad contraindica la intervención quirúrgica. El presente estudio pretende evaluar la prevalencia de alteraciones en los rasgos de personalidad y su influencia en la evolución tras la cirugía a los 24 meses de seguimiento.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio de cohorte histórica de todos los pacientes incluidos durante el periodo de estudio compuesta por 64 pacientes. La valoración a 24 meses de la cirugía permitió, mediante el uso del punto de corte de porcentaje de sobrepeso perdido (PSP), la creación de 2 sub-cohortes en función del tipo de respuesta: respondedores (PSP ≥ 50) y no respondedores (PSP < 50). Tras la cirugía se valoró las características de personalidad mediante el test MMPI-2-RF.

RESULTADOS

El 56% del total de pacientes obtuvo, al menos, un valor patológico en alguna de las variables de personalidad, siendo mayor su prevalencia en el grupo de no respondedores (60%) que en los respondedores (55%). Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas en el caso de las *alteraciones emocionales* (54% vs 22%) y las *comportamentales* (50% vs 21%), pero no en las del pensamiento (27% vs 15%).

CONCLUSIONES

De manera aislada para este tamaño muestral, ningún rasgo de personalidad predice por sí solo el éxito del tratamiento. No obstante, la elevada prevalencia de *rasgos patológicos emocionales y comportamentales* probabiliza un peor resultado a 24 meses de la cirugía.

NEUMOPERITONEO MASIVO POR PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO YEYUNAL CON ANTECEDENTE DE SLEEVE GÁSTRICO

S. Espinoza Villalobos, A. Ibarzabal, V. Turrado, A.M. Lacy.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

OBJETIVOS

Presentar el caso de un paciente con neumoperitoneo masivo por perforación de un divertículo yeyunal. Se estima que su prevalencia es del 0,1-2,3% en series autópsicas y de estudios radiológicos, estos suponen alrededor del 1% de la enfermedad diverticular. Siendo una de las causas más infrecuentes de abdomen agudo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Un paciente de 67 años de edad, con antecedente de Sleeve Gástrico en 2017 por obesidad mórbida. En estudio por nódulos pulmonares. Se realiza una broncoscopia para el estudio y biopsia pulmonar. Posteriormente se inicia con dolor abdominal súbito y dificultad respiratoria. Radiografía de abdomen mostró hallazgos de neumoperitoneo masivo. Se realizó TC abdominal mostrando neumoperitoneo masivo por perforación de divertículo yeyunal. Engrosamiento marcado de la pared yeyunal, que era hipocaptante, presencia de neumatosis y mesenterio edematoso.

RESULTADOS

Se realizó una laparoscopia exploradora con conversión a cirugía abierta, se resecaron 60 cm de yeyuno isquémico, y se realizó una anastomosis latero - lateral. Sin evidencia de fallo en la sutura gástrica del sleeve. Posteriormente, el paciente presentó una evolución correcta, iniciando dieta oral al día 3 y fue dado de alta 5 días después de la cirugía.

CONCLUSIONES

La perforación intestinal por diverticulosis yeyunal y sus complicaciones son raras. Su diagnóstico es difícil y debe ser considerado en casos de abdomen agudo con hallazgos de neumoperitoneo. Dada la alta tasa de mortalidad de diverticulitis yeyunal, un diagnóstico preciso seguido de una intervención quirúrgica rápida y adecuada es fundamental.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA ÚLCERA MARGINAL DE BOCA ANASTOMÓTICA CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS: ¿UNA ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA?

C. Matallana, P. Moreno Santabárbara, J. Tarascó Palomares, V. Lorenzo-Zúñiga, M. Arnau Vidal, A. Fernández Pujol, S. Sentí Farrarons, E. Bombuy, J.F. Julián Ibáñez.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

OBJETIVOS

Durante las últimas décadas, la prevalencia de la obesidad ha aumentado significativamente y, en consecuencia, el número de procedimientos bariátricos. El bypass gástrico laparoscópico (BPG) con reconstrucción del tránsito en Y de Roux sigue siendo una de las técnicas más realizadas, si bien no está exenta de complicaciones a corto y largo plazo.

La úlcera en la anastomosis gastroyeyunal es una de las complicaciones tardías que implica mayor morbimortalidad. Su incidencia oscila entre un 1-9% y aproximadamente entre el 9%-33% requieren revisión quirúrgica. La diabetes y la historia previa de úlcera son los factores de riesgo más establecidos.

Su tratamiento es inicialmente conservador. Sin embargo, complicaciones como el sangrado, la perforación, la fistulización o su cronificación son motivos de manejo quirúrgico que conlleva muy alto riesgo.

El plasma rico en plaquetas (PRP) es un material biológico autólogo usado en terapia de regeneración tisular. Se obtiene mediante una muestra de sangre venosa extraída del propio paciente que posteriormente se centrifuga. Las plaquetas, tras su activación, liberan citoquinas que se comportan como factores de crecimiento. Su potencial beneficio, de momento, ha quedado confinado al tratamiento de lesiones crónicas y agudas del sistema músculo esquelético. No obstante, el PRP también contiene gran cantidad de otros elementos con potencial biológico de los que aún se desconoce su aplicabilidad clínica.

Presentamos el caso de un paciente con úlcera de boca anastomótica tratado mediante infiltración endoscópica de PRP y su evolución a los 6 meses.

PACIENTE Y MÉTODOS

Paciente de 45 años, fumador y con importante hábito enólico, intervenido de BPG en 2004, que es diagnosticado en otro centro mediante fibrogastroscoopia (FGS) de úlcera en cara anterior de línea de sutura gastroyeyunal después de estudio de epigastralgia persistente. Al fracasar el tratamiento médico-dietético es derivado a nuestro centro tras cuadro de hematemesis. Se realiza FGS urgente que revela la presencia de úlcera anastomótica profunda en vertiente yeyunal de unos 3 cm sin estigmas de sangrado activo. Se decide ingreso y manejo conservador intensivo con bomba de infusión continua de IBP y abstinencia absoluta de tabaco y alcohol. La FGS de control a las 4 semanas constata la disminución de tamaño de la úlcera a 15 mm.

Valorado conjuntamente con el equipo de Endoscopia Digestiva y, atendiendo a su experiencia en el uso de PRP en otras patologías, se plantea la inyección endoscópica de 10 cc de PRP en el lecho ulceroso para favorecer la cicatrización.

RESULTADOS

Una FGS a las 4 semanas constata disminución de tamaño de 15 a 11 mm. A los 6 meses, a pesar de persistir hábito tabáquico y enólico en contra de las recomendaciones, la FGS muestra gran mejoría quedando únicamente dos pequeñas zonas ulceradas (de 4 y 1 mm) en los extremos de la úlcera previa. Asimismo, el paciente refiere prácticamente desaparición de la sintomatología.

CONCLUSIÓN

A pesar del relativo corto plazo de seguimiento y de tratarse de un único caso, planteamos la posibilidad del uso de PRP como alternativa a la cirugía en casos seleccionados de úlcera de boca anastomótica.

ANÁLISIS POR GRUPOS DE EDAD DE LA REDUCCIÓN DEL IMC Y PSP EN NUESTRO SERVICIO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE OBESIDAD MÓRBIDA

N. De Armas Conde, I.M. Gallarín Salamanca, I. Jaén Torrejimenó, M. Carmona Agúndez, J. Santos Naharro.

Hospital Infanta Cristina, Parla.

OBJETIVOS

El crecimiento acelerado de la población que padece obesidad mórbida y el desarrollo de técnicas quirúrgicas no invasivas como puente a la recuperación de un peso normal nos obliga a estudiar y seleccionar a aquellos pacientes que puedan beneficiarse de este tipo de intervenciones. El objetivo de nuestro estudio es identificar aquellos pacientes por grupos de edad cuya reducción de peso mediante la realización de bypass o sleeve gástrico sea más significativa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos un análisis retrospectivo de todos los pacientes intervenidos en nuestro servicio de cirugía bariátrica durante los años 2013-2017, en función de los grupos de edad.

RESULTADOS

Se han incluido un total de 223 pacientes intervenidos de obesidad mórbida entre los años 2013-2017 en nuestro servicio, 62 hombres y 161 mujeres. Se ha realizado una distribución por edad en tres grupos: menores de 40 años entre 40-60 años y mayores de 60 años. Se han estudiado las siguientes variables: sexo, ASA III-IV, tipo de técnica quirúrgica (sleeve vs bypass), estancia hospitalaria, complicaciones postquirúrgicas e IMC prequirúrgico con respecto a los grupos de edad sin evidenciar diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

En relación a la evolución del IMC y del PSP en el primer, segundo y tercer año postquirúrgico en relación a los grupos de edad objetivamos una tendencia en los pacientes menores de 40 años a una mayor reducción de IMC y un aumento del PSP con respecto a los pacientes de más de 40 años; presentando una media de IMC al año de la intervención quirúrgica 28,16 (I= 4,35) (p=0,004) y PSP del 88,27% (I=16,24%) (p=0.001).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio hemos objetivado una mayor pérdida de peso en pacientes menores de 40 años a partir del año de seguimiento, y por tanto, un mejor cumplimiento del objetivo ponderal, sin embargo, no hemos encontrado diferencias en relación a la pérdida de peso durante los primeros 3,6 y 9 meses. Este hecho puede ser debido a los menores requerimientos energéticos así como a una menor actividad física que se produce a medida que envejecemos, dando lugar a una predisposición para la ganancia de peso.

VERDE INDOCIANINA TRAS BYPASS GÁSTRICO

S. Alonso, M. Medina, D. Acin, C. Rihuete, M. Iturbe, C. Naranjo, J.M. Rodríguez, F. Pereira.

Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La utilización del verde de indocianina en cirugía bariátrica consiste en la inyección intravenosa de esta sustancia para la comprobación de la correcta irrigación tisular tras la realización de la técnica en cuestión. Mientras que en otras especialidades la técnica está extendida, son pocos los estudios realizados en población bariátrica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años de edad con IMC de 42. Comorbilidades: dislipemia. Gastroscopia: Cardias incompetente, gastritis crónica superficial antral leve. Ecografía: esteatosis hepática. Test del aliento: negativizado tras tratamiento erradicador. Pérdida de peso preoperatoria: 5 Kg. Se realiza bypass gástrico simplificado laparoscópico. Se confecciona el reservorio de 5 cm con carga dorada. Posteriormente se realiza anastomosis gastro-yeyunal tras medir 80 cm desde el Treitz. Se realiza anastomosis lineal con carga blanca y cierre del defecto con sutura continua de monocryl de 3/0. Posteriormente se cierre el orificio de Petersen y se cuentan 150 cm de asa alimentaria. Se procede a la realización de la anastomosis del pie de asa con grapadora lineal carga blanca y cierre posterior del orificio con sutura continua monocryl 3/0. Tras ello, se realiza cierre de brecha mesentérica. Por último se realiza la sección del asa que une ambas anastomosis para finalizar la técnica. Posteriormente se inyectan 11 mg (0.1 mg/kg) de verde indocianina por vía intravenosa. Tras esperar 2 minutos se comprueba la correcta vascularización de la vertiente yeyunal de la anastomosis gastroyeyunal así como la del pie de asa, hay que esperar aproximadamente otros 2 minutos para comprobar la adecuada vascularización del reservorio así como del remanente gástrico. Para finalizar, se comprueba la estanqueidad de ambas anastomosis con azul de metileno sin apreciarse fugas. La paciente tiene un postoperatorio favorable con un alta a las 72 horas de la intervención.

CONCLUSIÓN

La estandarización de la dosis empleada, el tiempo hasta la comprobación o los valores de referencia en cuanto a tonalidades de los tejidos tras la infusión del verde de indocianina son factores a definir. Son necesarios más estudios para determinar la utilidad del empleo del verde indocianina en la comprobación de la correcta irrigación tisular tras la cirugía bariátrica.

LA UTILIZACIÓN DE LA SUTURA BARBADA EN LAS ANASTOMOSIS EN EL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO: RESULTADOS EN 466 PACIENTES

A. García Muñoz-Najar, C. Ferrigni González, J. González González, J. Ruiz Tovar, S. Gutiérrez Medina, M. Jiménez Fuertes, R. Franco Herrera, M.B. Martínez Barbeito, L. Zarain Obrador, M. Durán Poveda.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

INTRODUCCIÓN

La anastomosis laparoscópica es un procedimiento complejo. La sutura barbada ya es ampliamente utilizada para el cierre de la pared abdominal y el mesenterio, pero los resultados en las anastomosis intestinales aún no están muy claros. Este tipo de sutura en el bypass gástrico se puede usar para el cierre del defecto resultante después de realizar el grapado lineal gastroyeyunal y yeyunoyeyunal. Esto minimiza la necesidad del anudado y evita la tensión constante de la sutura realizada por el asistente durante la sutura. El objetivo de esta comunicación es la presentación de una serie de bypasses gástricos laparoscópicos con este tipo de sutura para la confección de estas anastomosis y compararlas con el estándar en lo que se refiere a las fistulas publicadas en la literatura médica.

MÉTODOS

Presentamos una serie de 466 pacientes en los que se ha realizado la técnica de bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico para tratamiento de la obesidad mórbida. La media de IMC fue de 44,4 (23-68). En todos ellos, el defecto resultante del grapado mecánico fue cerrado con este tipo de sutura.

RESULTADOS

De la totalidad de los bypasses, 431 fueron cirugías primarias y 35 cirugías de revisión (15 Gastrectomía vertical, 7 Banda gástrica ajustable, 4 Bypass gástrico, 2 Gastroplastia Vertical anillada, 2 Scopinaro, 3 Fobi y 2 POSE). Como complicación relacionada con la confección del reservorio y las anastomosis hemos tenido 4 dehiscencias G-Y, 2 dehiscencias del reservorio, 2 perforaciones del remanente y 1 dehiscencia Y-Y. Pero si nos atenemos solamente a las complicaciones relacionadas con el uso de la sutura barbada, el índice de fuga anastomótica es solamente 1%.

CONCLUSIONES

En nuestros resultados la incidencia de fuga anastomótica está dentro de los valores publicados en la literatura médica. Cada vez más cirujanos bariátricos están utilizando este tipo de sutura para la anastomosis laparoscópica, esto debido a dos motivos fundamentales: la disminución del tiempo operatorio y la seguridad en el cierre del orificio residual después de hacer la anastomosis lineal con una endograpadora.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA A LARGO PLAZO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

M. Marqueta De Salas, J.J. Martín Ramiro, L. Rodríguez Gómez, M. Pérez González, J. Bernar De Oriol, P. Díaz Peña, J. González Guerreiro, I. Cervera, N. Herrera Merino.

Hospital Severo Ochoa, Leganés.

OBJETIVOS

Analizar los cambios percibidos a largo plazo en relación a la calidad de vida en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo transversal sobre una muestra de 38 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica entre los años 2008 y 2011. La muestra se compone de 32 mujeres y 6 varones con una media de edad de 43,52 años. Las intervenciones quirúrgicas realizadas fueron 8 bandas gástricas, 8 gastrectomías verticales y 22 by-pass. La calidad de vida fue analizada mediante el test de Moorehead-Ardelt II.

RESULTADOS

El 63,15% de los pacientes refiere que su calidad de vida de forma global ha mejorado tras la cirugía bariátrica mientras que el 32,21% refiere que se ha mantenido igual. Por dimensiones, la mayor ganancia se obtiene en autoestima, relaciones sociales y actividad laboral y la menor en relaciones sexuales. Teniendo en cuenta el tipo de cirugía realizada, los mejores resultados los obtiene la gastrectomía vertical y analizando los resultados según el tiempo de evolución desde la cirugía, la mayor ganancia en calidad de vida la refieren los pacientes intervenidos en el año 2011.

A partir de los 7 años de la cirugía de produce una reganancia de peso que es mayor cuanto mayor es el tiempo que ha transcurrido desde la intervención.

CONCLUSIONES

De forma global, los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica perciben que su calidad de vida tras la cirugía ha mejorado. A medida que aumentan los años tras la cirugía, aumenta el porcentaje de personas que perciben que su calidad de vida es similar a la que tenían previamente. Estos resultados puede que se deban en cierta medida a la reganancia de peso.

DEHISCENCIA DE SUTURA TRAS SECCIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA EN GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

P. Guarner Piquet, A. Ibarzabal, R. Corcelles, G. Cárdenas, D. Momblan, A.M. Lacy.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

OBJETIVOS

La cirugía bariátrica ha presentado un crecimiento exponencial en los últimos años con resultados muy favorables, pero también aportando riesgo de complicaciones. Una de las posibles incidencias derivadas y poco descritas en la literatura es la inclusión de la sonda nasogástrica durante la sección de la curvatura mayor con la endograpadora, aun teniendo perfectamente protocolizados los pasos de la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente varón de 64 años afecto de obesidad mórbida (160 kg, IMC 54 kg/m²) con las siguientes comorbilidades: EPOC y SAOS en tratamiento con CPAP, y esteatosis hepática, ASA III.

Intervenido en nuestro centro realizando una gastrectomía vertical por laparoscopia. Como incidencia intraoperatoria se identificó una sección de la sonda nasogástrica en dos puntos de la línea de grapas al revisar la pieza quirúrgica. A nivel de la tubulización se evidenciaban ambos cabos del catéter (en cuerpo-fundus y cuerpo-antra), que se repararon mediante gastrotomía, extracción y rafia de los orificios con puntos sueltos de Vycril, comprobando posteriormente la ausencia de fugas tras administración de azul de metileno por sonda nasogástrica.

En el postoperatorio inmediato presentó una complicación respiratoria aguda en contexto de su EPOC de base, postponiendo la retirada de la sonda nasogástrica al quinto día postoperatorio, con previa administración de azul de metileno oral y evidenciando dicho tinte en el aspecto del drenaje. Ante la sospecha de dehiscencia de la línea de sutura y dada la estabilidad clínica y analítica del paciente, se realizó una TC que evidenciaba una ligera fuga de contraste oral a nivel de la curvatura mayor gástrica, y por fibrogastroscoopia una ulceración a nivel antral, donde se colocaron dos prótesis telescópicas comprobando la permeabilidad y ausencia de fugas mediante tránsito esofagogástricoduodenal (TEGD). El paciente inició dieta oral con correcta tolerancia pudiendo ser alta a los 3 días del reinicio.

RESULTADOS

Al mes de la intervención consultó a urgencias por intolerancia oral, observando en el TEGD un acodamiento entre las prótesis que impedía el paso del contraste. Se realizó fibrogastroscoopia de control para retirada de las mismas, sin evidenciar trayectos fistulosos durante la prueba ni mediante TEGD, por lo que se reinició definitivamente la dieta con correcta tolerancia.

Se ha realizado un seguimiento de 4 meses hasta la fecha, presentando una correcta evolución clínica y una pérdida ponderal mantenida (actualmente 109 kg, IMC 36,8 kg/m²).

CONCLUSIONES

Una sección intraoperatoria de la sonda nasogástrica durante la gastrectomía vertical laparoscópica puede derivar al paciente en una dehiscencia de sutura, complicación de gravedad. Es importante protocolizar cada paso en este tipo de intervención y mantener una constante comunicación entre los equipos de cirugía, anestesia y enfermería para evitar dicho desenlace, que afortunadamente es poco frecuente.

En caso de presentarse y en paciente seleccionados, el tratamiento endoscópico mediante colocación de prótesis ha demostrado ser poco invasivo y eficaz.

ANÁLISIS DE RESULTADOS A LARGO PLAZO SEGÚN CRITERIOS DE CALIDAD ESTABLECIDOS POR LA SECO PARA LA BUENA PRÁCTICA EN CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

P. Ahechu, L. Granero, C. Tuero, S. Esteban, J. Luján, R. Moncada, M. Landecho, F. Rotellar, G. Frühbeck, V. Valenti.

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica ha demostrado ser muy eficaz en el control de la obesidad y el síndrome metabólico. Sus resultados no solo se expresan en términos de pérdida de peso, sino también en la resolución de comorbilidades, mejoría de la calidad de vida y de las complicaciones derivadas. Los diferentes parámetros utilizados para medir estos resultados requieren de una uniformidad y de unos patrones de referencia. Por ello, es fundamental establecer cuáles son los indicadores y los criterios de calidad que definen las «buenas prácticas» en cirugía bariátrica.

OBJETIVO

Análisis de los resultados de nuestro centro a largo plazo siguiendo indicadores y criterios de calidad definidos por la SECO para la cirugía bariátrica. (1)

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo con 502 pacientes intervenidos en nuestro centro entre fecha y fecha con un seguimiento a los 5 años de más del 90% de los pacientes.

RESULTADOS

De los 502 pacientes sometidos a cirugía bariátrica, 74,4% fueron bypass gástrico laparoscópico y 25,5% gastrectomía tubular laparoscópica con una media de edad de 46 (16-75) años, un peso medio preoperatorio de $131,3 \pm 24,5$ (80-230) kg y un índice de masa corporal (IMC) medio de $48,3 \pm 7$ (32-79). Ocurrieron complicaciones precoces (< 30 días) en el 6,8% de los pacientes (34 casos) y complicaciones tardías (> 30 días) en el 2% de los pacientes. La estancia hospitalaria media fue de 3 días (1-93) días. La mortalidad de la serie fue del 0%. El porcentaje de peso total perdido medio (%PTP) al año y 5 años fue de $30 \pm 10,18$ y $24 \pm 10,40$. El % del exceso de IMC perdido medio (%EIMCP) fue de $76,46 \pm 28,50$ y $50 \pm 25,30$ y el % de sobrepeso perdido medido (%PSP) fue de $65,40 \pm 18,80$ y $49,46 \pm 25,38$. Los porcentajes de resolución de las comorbilidades asociadas a la obesidad a los 5 años fueron 72% para DMT2, 74% para HTA, 85% para dislipemia, 71% para sobrecarga articular y 80% para SAOS.

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica constituye un tratamiento eficaz y seguro para el tratamiento a largo plazo de la obesidad mórbida por sus bajas complicaciones, excelente pérdida de peso y mejoría/resolución de las comorbilidades asociadas a estos pacientes. Para poder analizar correctamente los resultados es preciso hacer una valoración de los mismos siguiendo los criterios e indicadores de calidad establecidos por las sociedades científicas específicas.

1. Criterios de calidad en cirugía bariátrica: revisión de conjunto y recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos y de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad. *Cir Esp* 2017;95(1):4-16.

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA EN CONTEXTO DE NEOPLASIA OCLUSIVA DE CIEGO EN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO

S. Sentí Farrarons, A. Fernández Pujol, C. Matallana Azorín, A. Ardèvol, E. Bombuy Giménez, P. Moreno Santabàrbara, J. Tarascó Palomares, J.F. Julián Ibáñez.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) es una entidad clínica caracterizada por la presencia de esteatosis hepática de al menos el 5% de tejido. Actualmente se estima una prevalencia de hasta el 30% en EUA. La EHGNA abarca desde la forma asintomática de hígado graso (HGNA/NAFL) hasta la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA/NASH), definida por esteatosis histológica, inflamación hepática y balonización hepatocelular, con o sin fibrosis.

La fisiopatología de la EHGNA incluye la interacción entre factores hormonales, nutricionales y genéticos. La obesidad y el síndrome metabólico son los factores de riesgo más importantes identificados en el desarrollo de EHGNA.

Nuestro objetivo es reportar el caso de una paciente con EHGNA en contexto de obesidad mórbida intervenida mediante Bypass gástrico laparoscópico, con evolución a esteatohepatitis no alcohólica en contexto de neoplasia de ciego oclusiva.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer, de 55 años, sin AMC, con antecedentes de hipertensión arterial y macroadenoma hipofisario intervenido en 1999. Obesidad Mórbida con IMC inicial de 46, intervenida en Mayo 2017 en centro privado, realizándose Bypass gástrico laparoscópico (BPG); y esteatosis hepática diagnosticada ecográficamente en el estudio previo a la cirugía. Sin controles posteriores a la cirugía.

Acude a Urgencias HUGTIP el 06/10/2017 por clínica de oclusión intestinal e inestabilidad hemodinámica. Radiológicamente destaca dilatación de múltiples asas de intestino delgado, por lo que se solicita TC abdominal, que informa de hígado de tamaño normal con esteatosis y signos sugestivos de proceso neofornativo estenosante en ciego. Analíticamente, 8.300 leucocitos, bilirrubina 4.32 mg/dl, ALT 125 U/l.

Dados estos hallazgos y la persistencia de inestabilidad hemodinámica de la paciente, se decide laparoscopia exploradora urgente.

Durante el proceso quirúrgico se observa marcada esteatosis hepática y tumoración en colon ascendente, por lo que se realiza hemicolectomía derecha laparoscópica con anastomosis L- L y biopsia hepática.

En el post operatorio, persiste inestabilidad hemodinámica en contexto de sepsis, requiriendo fármacos vasoactivos y mantenimiento de IOT. Destaca también empeoramiento progresivo del perfil hepático, con marcado ascenso de la bilirrubina y enzimas de colestasis (bilirrubina 14.84 mg/dl, AST 325 U/L, FA 439 U/L, GGT 1664 U/L). Estudio de virus hepatotropos y auto inmunidad negativos. Estudio genético, analítico y cuantificación de cobre en biopsia hepática negativos para enfermedad de Wilson. Así mismo, se completa estudio con colangio RMN, que muestra esteatosis severa sin alteraciones en la vía biliar.

Durante el ingreso, la paciente presenta cultivos de sangre y orina positivos por *E Faecalis*, tratado con Ampicilina durante 5 días.

Los estudios anatomopatológicos informan de adenocarcinoma pT3N1a en ciego y esteatosis severa, fibrosis portal y proliferación ductulillar portal en la muestra hepática.

Finalmente, se orienta como hepatopatía crónica secundaria a esteatohepatitis no alcohólica agudizada en contexto de intervención quirúrgica, en paciente con obesidad mórbida con reciente Bypass laparoscópico. A la evolución, presenta mejoría clínica y analítica, con una bilirrubina total al alta de 9.88 mg/dL (directa 5.04 mg/dL), AST 326 U/L, y coagulación conservada.

La paciente es dada de alta el 17/11/2017 con tratamiento con ácido Ursodesoxicólico, para seguir controles.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL A TRAVÉS DE INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS, DIETÉTICOS Y BIOQUÍMICOS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON OBESIDAD MÓRBIDA EN PALMA DE MALLORCA

J. Blanco Anesto ¹, J.A. Tur Marí ², M.D.M. Bibiloni Esteva ².

¹ *Clínica de Nutrición, Metabolismo y Obesidad "Nutriclinic", Palma, Baleares;* ² *Professor of Physiology Research Group on Community Nutrition & Oxidative Stress University of the Balearic Islands & CIBEROBN CB12/03/30038 Guillem Colom Bldg, Campus, Palma, Baleares.*

La Obesidad es considerada una enfermedad y un estado crónico y leve de inflamación asociado a una serie de alteraciones como la resistencia a la insulina y un riesgo cardiovascular elevado. En el siglo XXI tenemos una creciente Epidemia Mundial de Obesidad.

El objetivo fue evaluar el estado nutricional a través de indicadores dietéticos, antropométricos y bioquímicos de 81 pacientes (19 hombres, 62 mujeres) con diagnóstico de Obesidad Mórbida (Índice de Masa Corporal ≥ 40 kg/m²). Se administró una encuesta con evaluación dietética cualitativa semanal de los últimos 6 meses y estilo de vida. Además se realizó una analítica sanguínea.

El 43% de los pacientes declaró obesidad en la infancia y el 42% no recibió lactancia materna. El 79% declaró antecedentes familiares de obesidad y el 58% declaró antecedentes familiares de diabetes tipo-2. Además, el 79% de los pacientes también declaró más de 15 años de obesidad. Entre las transgresiones dietéticas más destacadas estaba no desayunar o realizar un desayuno inadecuado (83%) y realizar 3 o menos comidas al día (52%), una baja ingesta de frutas (<6 raciones/semana, 51%), verduras (<7 raciones/semana, 100%) y ensaladas (<7 raciones/semana, 100%), y el consumo de bebidas azucaradas (46%). En general, los pacientes realizaban poca (15%) o ninguna (84%) actividad física, siendo su estilo de vida sedentario. Las alteraciones metabólicas más frecuente fueron: altos niveles de colesterol LDL (49%), hipercolesterolemia (32%), hiperuricemia (29%), hiperglucemia (27%), bajos niveles de colesterol HDL (19%) e hipertensión arterial (19%).

En pacientes con Obesidad Mórbida es alta la prevalencia de antecedentes familiares de obesidad, la baja ingesta de frutas y verduras, un estilo de vida sedentario. La Obesidad Mórbida constituye un serio problema de salud con un elevado riesgo cardiovascular.

CIRUGÍA COMBINADA: ABDOMINOPLASTIA Y CIRUGÍA MAYOR ABDOMINAL LAPAROSCÓPICA EN UN TIEMPO QUIRÚRGICO

S. Sánchez-Cordero, M. Molinete, B. Cambier, R. Vilallonga.

Hospital de Barcelona - SCIAS, Barcelona.

La cirugía combinada de varios procedimientos en un tiempo quirúrgico, generalmente cirugía plástica e intervenciones generales o ginecológicas, puede alterar la morbilidad del paciente y la hospitalización postoperatoria cuando se compara con procedimientos similares llevados a cabo por separado, no obstante en casos seleccionados logramos beneficios para el paciente en cuanto a costes, reducción de su estancia postoperatoria y el riesgo inherente a dos intervenciones anestésicas.

Se presentan dos casos clínicos de cirugía mayor abdominal laparoscópica combinada con cirugía plástica tras una primera intervención de cirugía bariátrica. El primer caso es un varón que tras haber sido intervenido de una gastrectomía vertical, se propuso una abdominoplastia y una liposucción mamaria a la vez que por vía laparoscópica se realizó una colecistectomía. El segundo caso es una paciente que tras un primer procedimiento de gastrectomía vertical se intervino para realizar una hiatooplastia e intervención de Hill por hernia diafragmática combinada con una abdominoplastia.

El resultado de ambas cirugías fue satisfactorio y el curso postoperatorio de ambos pacientes fue sin incidencias, siendo ambos dados de alta hospitalaria al tercer día.

CONCLUSIÓN

La combinación de dos o múltiples procedimientos abdominales requiere una selección cuidados del paciente para combinar de forma segura estos procedimientos, pero evita incisiones en la piel y puede reducir los riesgos potenciales de la anestesia múltiple para cada procedimiento, acortar la estancia hospitalaria total y el tiempo quirúrgico total, así como, reducir los costos y la recuperación postoperatoria.

CONVERSIÓN LAPAROSCÓPICA DE MINIGASTRIC BYPASS A BYPASS GÁSTRICO POR REFLUJO REFRACTARIO A TRATAMIENTO MÉDICO

M. Ferrer-Márquez, M.J. Solvas-Salmerón, F. Rubio-Gil, M.J. Torrente-Sánchez, A. Martínez-Amo, M. Ferrer-Ayza.

Clínica Mediterráneo, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El minigastric bypass o bypass de una sola anastomosis es una técnica bariátrica que durante los últimos años ha estado en aumento, por ser técnicamente más sencilla, y mostrar resultados en cuanto a pérdida de peso y mejora de comorbilidades similares al bypass gástrico. Entre sus principales controversias se encuentra la asociación entre el reflujo biliar alcalino y el cáncer gástrico o esofágico.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 52 años, con antecedentes de HTA, SAOS en tratamiento con CPAP y fibrilación auricular, con un IMC de 40,9 kg/m². Fue intervenido por nuestro equipo realizándose un minigastric bypass laparoscópico sin incidencias. Desde su segundo mes postoperatorio, inició un cuadro nocturno de dolor epigástrico en relación con el horario de la última ingesta, con pirosis importante. Pensando en un reflujo biliar, se inició tratamiento médico sin éxito. Se realizó gastroscopia que demostró una gastritis alcalina secundaria a reflujo biliar. Ante el fracaso de tratamiento conservador durante tres meses, se propuso reintervención para convertir el minigastric en bypass gástrico.

Tras la entrada en cavidad, se revisó la cirugía previa sin encontrar gran cantidad de adherencias. Se objetivó sin dificultad la anastomosis gastroyeyunal. Se realiza anastomosis laterolateral de asa aferente a unos 70 cm de la alimentaria. Se cierra del ojal mesentérico neoformado y se desconecta el asa aferente a Pouch gástrico. Tras dos días de ingreso, el paciente es dado de alta.

Tras un seguimiento de 6 meses, el paciente se encuentra libre de reflujo.

CONCLUSIONES

Una de las principales complicaciones del minigastric bypass es el reflujo biliar refractario a tratamiento. La conversión de minigastric bypass a bypass gástrico tradicional, es una técnica relativamente sencilla, que permite solucionar el problema del reflujo biliar refractario a tratamiento médico.

MEJORA DE COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA OBESIDAD TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.D.J. Rodríguez Perdomo, T. Rubio Sánchez, M.L. Hernández Cosido, O. Abdel-Lah Fernández, S. Carrero García, F.C. Parreño Manchado, E.A. Diego Alonso, M.J. Fernández Nava, M. Marcos Martín, L. Muñoz Bellvis.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

INTRODUCCIÓN

La obesidad como patología multifactorial constituye un grave problema de salud pública. Su prevalencia y alto impacto socio-sanitario en las últimas décadas, favorecido por la asociación con diversas enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, apneas/hipopneas del sueño, así como diversas cardiopatías y el síndrome metabólico, justifican esta problemática. Éste último supone un estado proinflamatorio de difícil control, entendiéndose que el tratamiento conductual y farmacológico logra apenas un modesto control, de manera que la cirugía bariátrica es en la actualidad una gran opción para una importante disminución de la morbimortalidad asociada a estas patologías.

OBJETIVOS

Evaluar la mejora de comorbilidades, así como del síndrome metabólico en pacientes obesos sometidos a gastrectomía tubular laparoscópica en el Hospital Universitario de Salamanca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo, de una cohorte de pacientes obesos con índice de masa corporal (IMC) mayor de 30 kg/m², intervenidos de gastrectomía tubular laparoscópica (GTL) en la Unidad de Cirugía Bariátrica del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Salamanca.

Se realizó una valoración de la obesidad y del síndrome metabólico siguiendo los criterios de su definición. Se recogieron variables clínicas y antropométricas. Determinación previa a la intervención, de glucemia basal y el perfil lipídico, realizando seguimiento postoperatorio a los 6 y 12 meses, teniendo en cuenta las mismas variables que antes de la cirugía.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 23. Para ello, y tras comprobar que todas las variables siguen una distribución normal (prueba de Kolmogorov-Smirnov), las variables cuantitativas se presentan como la media y su desviación estándar (DE) y fueron comparadas mediante la t de Student. Las variables cualitativas son presentadas como valor absoluto y se compararon mediante la prueba de Chi-cuadrado, estableciéndose un nivel de significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS

La muestra se compuso de 56 pacientes obesos con un peso medio preoperatorio de 127,21 kg (rango 95-177). El IMC medio fue de 48,07 kg/m² (DE=6,27). La edad media de los pacientes fue de 45,42 años (DE=10,46), siendo el 75% mujeres.

El nivel medio de glucemia es de 106,20 mg/dL (DE=29,14), el de triglicéridos es de 130 mg/dL (DE=50,82) y el colesterol HDL tiene una media de 49,07 mg/dL (DE de 15,79).

Las principales características clínicas encontradas fueron: 28 pacientes (50%) HTA, 22 pacientes (39,3%) DM tipo 2. 22 pacientes (39,29%) padecían Síndrome Metabólico, siguiendo los criterios diagnósticos del SM.

Tras la GTL hay una mejora del síndrome metabólico, además de la pérdida de peso se evidenció una mejoría sensible en las comorbilidades, disminuyendo el uso de apoyo farmacológico o prescindiendo del uso del mismo. De los 22 pacientes con SM, el 52,40% (11 pacientes) no tienen SM a los 6 meses de la cirugía, cifra que aumenta hasta el 81% (17 pacientes), al año de la cirugía; mientras que sólo el 19 % no presentan mejoría.

CONCLUSIÓN

La GTL no sólo consigue una disminución de peso, también consigue mejoría en distintas comorbilidades y del síndrome metabólico en un alto porcentaje de pacientes.

CIRUGÍA BARIÁTRICA Y MIASTENIA GRAVIS: COMUNICACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

I. Fernández Palop, A. Frangi, R. Rodríguez.

Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto.

OBJETIVO

Comunicamos un caso de una mujer con miastenia gravis y obesidad a la que se intervino de bypass gástrico en Octubre de 2017 en el hospital de Sagunto. El objetivo de este trabajo es determinar el manejo perioperatorio que se requiere para evitar complicaciones, valorar las repercusiones de un procedimiento mixto restrictivo-malabsortivo en una paciente con enfermedad neuromuscular autoinmune y observar si existe mejoría de ambas enfermedades en el postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una paciente de 44 años con IMC 48 kg/m², con antecedentes de hernia de hiato, asma bronquial, anemia y miastenia gravis. Presenta disnea y fatigabilidad generalizada ante pequeños esfuerzos que se controla con Rituximab (1000 mg/mes) y Mestinon (360 mg/día). Además portadora de CPAP nocturna. Intervenido de timectomía y colecistectomía, sin complicaciones anestésicas en estas cirugías.

Se propone para realización de cirugía de derivación gástrica. Se administró a la paciente el día previo y el mismo día de la intervención Flebogamma iv 30g, que la paciente toleró correctamente.

El IMC preoperatorio fue de 35 kg/m², ya que la adaptación a la preparación fue satisfactoria. La paciente no presentó complicaciones durante la cirugía, se realizó un bypass gástrico laparoscópico según la técnica habitual. Se realizó la extubación de forma precoz en quirófano y pasó a la sala de despertar sin requerir ingreso en Unidad de cuidados intensivos, ya que no presentó signos de insuficiencia respiratoria.

El postoperatorio inmediato transcurrió de forma satisfactoria, con buena tolerancia a líquidos, correcta movilidad, exploración física y estado adecuado, por lo que fue dada de alta a los dos días.

La paciente presenta un IMC de 31,9 kg/m² a los cuatro meses, tolera comida triturada y el estado general es adecuado.

En cuanto a la repercusión sobre la miastenia gravis, refiere mejoría de fatiga muscular y disnea ante pequeños esfuerzos, y ha disminuido la dosis de Mestinon a la mitad.

DISCUSIÓN

Nuestro mayor desafío supuso saber qué repercusiones tendría una cirugía bariátrica en esta paciente, en cuanto a farmacocinética del tratamiento de base, así como evolución de la miastenia.

Se han descrito sólo tres casos en la literatura de similares características (dos bypass laparoscópico y una gastrectomía tubular). En uno de ellos, tras un año de seguimiento la paciente presentó mejoría de ambas enfermedades, con disminución del tratamiento previo. No hay descripción del postoperatorio tardío de los otros dos.

Después de cuatro meses de la intervención nuestra paciente ha disminuido el IMC y presenta buena tolerancia oral. No ha presentado complicaciones.

Hemos observado una mejoría de la clínica presentada por la paciente en relación con su enfermedad de base (miastenia gravis) con disminución de la fatiga muscular. Lo más relevante es la disminución de requerimiento de Mestinon, ya que actualmente ha disminuido la dosis de mantenimiento a la mitad.

Es necesario el seguimiento a largo plazo para ver si la repercusión en el manejo de la miastenia se mantiene, ya que aunque no existen muchos reportes en la literatura, parece observarse una mejoría de ésta con la pérdida de peso.

TROMBOSIS VENOSA PORTOMESENTÉRICA TRAS COMPLICACIÓN EN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO

E. Alonso Batanero, A. Miguelez González, M. Merayo Álvarez, I. Cifrian Canales, T. Díaz Vico, M. Moreno Gijón, A. Suarez Sánchez, J.L. Rodicio Miravalles, M.A. Rizzo Ramos, L. Sanz Álvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa portomesentérica (TVPM) es una complicación infrecuente pero potencialmente grave tras cirugía bariátrica. Se asocia a la gastrectomía vertical más que al bypass gástrico.

CASO CLÍNICO

Se presenta un caso inusual de TVPM en una paciente de 41 años intervenida en el 2013 mediante bypass gástrico (IMC previo 42.97kg/m², IMC actual 21.87kg/m²) que acude a urgencias de otro centro en situación de shock hemodinámico (TA 76/57, FC 136) con dolor abdominal y vómitos. Ante estos signos de alarma se realiza TC donde se objetiva isquemia intestinal en posible relación con hernia interna de Petersen. Tras laparotomía urgente se realiza cirugía de control de daños por isquemia de asas de intestino delgado con diversión intestinal y se deja abdomen abierto. A las 24h, en una revisión quirúrgica, se evidencia asa biliopancreática (ABP 50cm) y estómago a tensión con necrosis de íleon por lo que se realiza resección de 3m de asa común (AC) hasta 30cm de la válvula ileocecal, ileostomía terminal y gastrostomía descompresiva con colocación de sonda de Pezzer. En una tercera intervención se rehízo la ileostomía terminal por necrosis de la misma tras lo cual se derivó a la paciente al HUCA donde se reinterviene de forma urgente. En quirófano se objetivan 30 cm de AA, 50cm de ABP, 160 cm de AC y 30 cm de íleon terminal. Se realiza reconstrucción del tránsito revirtiendo el bypass con cierre de gastrostomía, anastomosis reservorio-gástrica, resección de asa alimentaria, anastomosis ileo-ileal y esplenectomía por iatrogenia, quedando 150cm de intestino delgado. Al 7º día posoperatorio y tras presentar dolor epigástrico intenso se realiza TC que muestra trombosis de todo el eje portal, incluyendo la porta intrahepática y que se extiende a la vena mesentérica superior, identificando incluso trombos en ramas pélvicas con signos radiológicos de sufrimiento de asas yeyunales que presentan engrosamiento mural y edema submucoso. No presenta neumoperitoneo ni neumatosis por lo que se decide tratamiento conservador y se instaura anticoagulación a dosis terapéuticas. Al 10º día se constata fistula intestinal con buena respuesta tras manejo conservador. Finalmente y tras un posoperatorio lento es alta con tratamiento anticoagulante.

CONCLUSIONES

LA TVPM tras cirugía bariátrica tiene una etiología multifactorial. La obesidad aumenta el riesgo de trombosis en relación con el estado pro-inflamatorio de estos pacientes. En nuestro caso, además, se añaden los propios de las complicaciones (torsión vascular, isquemia intestinal y esplenectomía).

El diagnóstico de esta entidad requiere un alto grado de sospecha ya que no debuta con una clínica ni alteración analítica características. El TC abdominopélvico con contraste oral e intravenoso representa el gold standard en el diagnóstico.

La anticoagulación a dosis terapéuticas es el tratamiento de primera línea. La cirugía es de elección en el desarrollo de complicaciones.

Con el aumento de la realización de cirugías bariátricas en nuestro entorno, es previsible que aumenten complicaciones como la descrita por lo que resaltamos la importancia de la sospecha clínica. Esto nos llevará a un diagnóstico temprano y tratamiento precoz que disminuya la morbimortalidad.

MEGAESÓFAGO SECUNDARIO A TWIST EN GASTRECTOMÍA VERTICAL

M. Díez Tabernilla, C. Díaz Lara, I. Oller Navarro, M.D.M. Aguilar Martínez, A. Arroyo Sebastián.

Hospital General Universitario, Elche.

Presentamos el caso de un varón de 63 años que acude a consulta por presentar dolor dorso lumbar y vómitos. Como antecedente, había sido sometido a gastrectomía vertical laparoscópica por obesidad mórbida tres años antes

Al realizarse tránsito baritado se observó imagen de estenosis postquirúrgica de plastia con marcada retención y dilatación esofágica. Solo en bipedestación se consiguió el paso de forma muy lenta a través de píloro, con estenosis de la salida del neoestómago que permitía el paso de forma lenta y dificultosa.

En el estudio endoscópico se observó un esófago dilatado desde tercio superior con edema de la pared importante en tercios medio y distal, con dilatación de la luz, compatible con esofagitis por estasis o retención alimentaria, y un área sugestiva de twisting gástrico, sin áreas de estenosis fibrótica, que permitía el paso del endoscopio.

Con diagnóstico de megaesófago asociado a twisting gástrico se decidió reconvertir la gastrectomía vertical a un by pass gástrico realizando resección de la plastia desde zona preestenótica y hasta la zona postpilórica.

DISCUSIÓN

Se han descrito varias causas de estenosis funcional postgastrectomía vertical: una de ellas es un twist o volvulación de la tubuladura entre el cuerpo y el antro que se comporta como un esfínter y evita el estómago se vacíe con eficacia. En otros casos se debe a un curso espiral de la toda la línea de grapado alrededor del estómago. Esta obstrucción crónica del vaciamiento gástrico puede originar una dilatación esofágica, con aparición de fenómenos como esofagitis, regurgitación y vómitos.

CIRUGÍA DE REVISIÓN DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA. CONVERSIÓN A BYPASS GÁSTRICO

I. Jaén Torrejimoto, M. Carmona Agúndez, N. De Armas Conde, J. Santos Naharro, I.M. Gallarín Salamanca, J. Salas Martínez.

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Evaluar las características clínicas y resultados postoperatorios de los pacientes intervenidos de gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) que han precisado cirugía de revisión. El bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) ha sido descrito como un abordaje razonable y una opción viable para la cirugía de revisión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un análisis observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de GVL por obesidad mórbida entre Mayo del 2013 y Julio del 2017 en nuestro centro y que durante el seguimiento han precisado cirugía de revisión.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se intervinieron 223 pacientes obesos mórbidos, de los cuales en 52.9% (118) se realizó GVL como primer procedimiento. En nuestro centro se encuentra estandarizada la técnica, utilizándose sonda de 38 Fr para tutorizar la manga gástrica. El 69.5% eran mujeres y el 30.5% varones, con una edad media de 44,1 años (21.54-68.07). El índice de masa corporal (IMC) inicial medio de estos pacientes fue del 50.48 kg/m² (43.3- 57.7). El 41.5% tenían hipertensión arterial, 31,4% diabetes mellitus, 27,1% dislipemia, 45,8% artropatía asociada a su obesidad, y el 44.9% síndrome de apnea-hipoapnea.

Se realizó cirugía de revisión en el 5,1 % (6) de los pacientes, 2 pacientes por pérdida inadecuada de peso (%EWL-exceso de peso perdido-al año < 50%), 2 por vómitos e intolerancia alimentaria debido a estenosis de la manga gástrica sin mejora tras dilatación endoscópica, y 2 por fistula antral crónica. El intervalo de tiempo a la revisión quirúrgica fue de 19 meses (2.8-26 meses).

La cirugía de revisión fue un BGYR laparoscópico, con anastomosis gastroyeyunal termino-lateral tutorizada con sonda de 36 Fr, y longitud de la asa alimentaria y biliopancreática de 100-120cm. La tasa de complicaciones en los pacientes sometidos a un BGYR como primer procedimiento era del 28.3%, y en el BGYR revisional del 16.7% (p=0.2).

En el seguimiento de estos pacientes hasta la fecha tras la cirugía de revisión, la resolución de la diabetes fue del 100%, en la hipertensión arterial del 80% y el 20% de la dislipemia. El %EWL a los 6 meses fue del 65.9%, a los 9 meses del 74.6%, y al año del 66.7%.

CONCLUSIONES

La cirugía de revisión se ha asociado en la literatura a mayor número de complicaciones, debido a la alteración anatómica, la fibrosis y las adherencias de los tejidos. La incidencia de cirugía bariátrica de revisión es del 5-50%, por motivos como pérdida insuficiente de peso, reganancia de peso, o desarrollo de ciertas complicaciones específicas de cada procedimiento como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la fuga persistente, y la disfagia por estenosis funcional de la GVL.

El BGYR ha demostrado ser un procedimiento seguro y eficaz como cirugía de revisión en pacientes intervenidos previamente de GVL. Sin embargo, los resultados obtenidos en términos de %EWL son inferiores tras BGYR revisional al compararlos con pacientes con BGYR primario. Nuestros resultados, limitados por el escaso tamaño muestral, no permiten confirmar estas diferencias, se precisa mayor tiempo de seguimiento de estos pacientes para poder comparar ambos grupos.

COMPLICACIONES PRECOCES DE LA GASTRECTOMÍA TUBULAR 10 AÑOS DE EXPERIENCIA 2007-2017

N. Roca Rossellini, M.A. Blasco Blanco, J.A. Valle Suárez, V. Canela Mercadé, C. Barnadas Solé, L. Alsina Estallo, A. Gonçalves, J. Foncillas Corvinos.

Hospital Sagrat Cor, Barcelona.

OBJETIVO

Revisar las complicaciones ocurridas durante el primer mes tras la Gastrectomía Tubular (GT) en pacientes (P) con Obesidad Mórbida (OM).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo realizado en un hospital universitario, durante un periodo de 10 años en los pacientes con OM intervenidos de GT.

Se registraron las variables: edad, sexo, peso, porcentaje de pérdida de peso (%PP), índice de masa corporal (BMI), complicaciones precoces médicas y quirúrgicas, mayores y menores (según clasificación del Baros).

RESULTADOS

En la UCMOM, desde enero de 1984 a diciembre de 2017 se han realizado un total de 2.175 intervenciones de cirugía bariátrica; de estas, desde 2007 hasta la actualidad, **860 han sido con la técnica de GT**: 650 mujeres y 210 hombres. La media de edad fue de 45,61 (DE= 11,52) años, de peso 118,32 (DE= 20,93) kg, de BMI 43,87 (DE= 6,65) kg/m². El %PP al 1º mes fue de 26,08 (DE= 9,91), al 3º mes de 45,31 (DE= 11,78), al 6º mes de 60,62 (DE= 15,46), al 9º mes de 68 (DE= 0,60) al 12º mes de 69,65 (DE= 17,57) y al 18º mes de 69 (DE= 1,1).

Las complicaciones médicas registradas han sido 16 (1,8%): crisis HTA 7, hipocalcemia 1, insuficiencia renal 1, hematuria 1, hematemesis 3, neumotórax 1, brote psicótico 1, insuficiencia respiratoria 1.

Las complicaciones quirúrgicas han sido 17 (1,9%): estenosis pilórica 1, infección herida 2, sangrado por drenaje 14. De los 14 P con drenajes hemáticos: en 11 P se realizó dentro de las siguientes 24-48h una 2ª laparoscopia con revisión y lavados peritoneales que mostraron sangrado por los trócares y en 2 de estos se practicó además esplenectomía por laceración de la cápsula esplénica; en los otros 2 P se limitó el cuadro con tratamiento médico y sin compromiso hemodinámico; 1 P tuvo fístula que precisó la colocación de una prótesis esofágica.

En toda la serie no se ha registrado ningún exitus.

CONCLUSIONES

En nuestro centro las complicaciones médicas y quirúrgicas de la GT no superan el 4%. Es importante la revisión quirúrgica precoz en los casos de drenaje hemático.

No se ha documentado ningún exitus en los 860 pacientes intervenidos.

TWIST DE TUBULAR GÁSTRICO EN SADI-S RESUELTO CON ENDOPRÓTESIS

S. Alonso, D. Acin, M. Medina, C. Rihuete, J.M. Rodríguez, M. Iturbe, C. Naranjo, F. Pereira.

Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La torsión del tubular es una entidad poco frecuente. No existen publicados casos de torsión del tubular gástrico tras SADI-S. Se presenta el caso de una torsión gástrica tras SADI-S resuelta mediante colocación de endoprótesis.

CASO CLÍNICO

Varón de 59 años de edad con IMC de 40. Comorbilidades: HTA, DM tipo II, dislipemia y SAOS. Gastroscopia: Normal. Ecografía: esteatosis hepática. Test del aliento: negativo. Pérdida de peso preoperatoria: 5 Kg. Se realiza SADI-S laparoscópico. Se confecciona el tubular con tutor de 42F con primera sección a 5 cm del píloro. Se realiza disección duodenal con preservación de arteria pilórica. Sección duodenal postpilórica a 2 cm de píloro (carga azul). Se realiza la anastomosis duodenoileal manual doble capa a 300 cm de la válvula ileocecal. Se comprueba la estanqueidad del tubular y de la anastomosis mediante el test de azul de metileno sin apreciarse fugas. El paciente es dado de alta el tercer día postoperatorio sin incidencias. El paciente reingresa 23 días después de la intervención por disfagia. Se realiza un Tac abdominal con contraste oral objetivándose un nivel hidroaéreo en tercio medio de la plastia gástrica. Se realiza gastroscopia en la que se observa estenosis en tercio medio del tubular franqueable al paso de gastroscopio. Se coloca una prótesis de 18 mmx15 cm recubierta. El paciente es dado de alta al segundo día tras la colocación de la prótesis con buena tolerancia oral.

DISCUSIÓN

La torsión del tubular es un tipo de estenosis gástrica causada por la volvulación o el acodamiento del tubular gástrico sobre su eje longitudinal. Esto produce un efecto válvula que impide el vaciamiento adecuado de la plastia gástrica. La causa más plausible es una inadecuada tracción de la cara anterior y posterior de la pared gástrica durante la confección de la plastia que produce un corte en zigzag. El sitio más frecuente de aparición es la incisura angularis. Generalmente ocurre en el postoperatorio temprano aunque también hay descritos casos más tardíos. La resolución endoscópica en una modalidad eficaz en el manejo de estos pacientes. Parece que las dilataciones con balón son igual de efectivas que la colocación de una prótesis. Cuando los procedimientos endoscópicos fallan la pexia gástrica o la reconversión a bypass son los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente utilizados.

DECÚBITO POR DRENAJE INTRAABDOMINAL EN LÍNEA DE SUTURA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

I. Oller, C.J. Díaz, M. Diez, A. Arroyo.

Hospital General Universitario, Elche.

INTRODUCCIÓN

A pesar de la extensa información publicada sobre el uso de drenajes en cirugía bariátrica, su uso aún es controvertido. Un gran número de cirujanos bariátricos usan drenajes de forma rutinaria. Sin embargo, a veces se ha demostrado que los drenajes son inútiles e incluso aumentan las tasas de fugas anastomóticas.

CASO CLÍNICO

Tras ser valorado por un comité de expertos en obesidad y enfermedades metabólicas, se decide incluir como apto para cirugía metabólica a un paciente de 47 años con antecedentes de HTA, diabetes tipo II de años de evolución, afectación cutánea y angiopatía en mm.ii, con úlcera superficial en talón derecho en resolución. Con un IMC 42 kg/m², síndrome metabólico de larga evolución y glucemias mal controladas a pesar de medidas conservadoras, se decide programar intervención quirúrgica, optándose por la gastrectomía vertical laparoscópica.

RESULTADOS

Se realizó una GVL utilizando endograpadora con refuerzo hemostático y sonda de 40F, comprobándose estanqueidad de línea de sutura con azul de metileno no se identificaron incidencias intraoperatorias. Tras iniciar tolerancia oral, al 2º día PO el paciente presenta pico febril, realizándose TC urgente con contraste oral que muestra fuga en 1/3 superior. Se realiza nueva cirugía de urgencia constatándose fuga milimétrica tras volver a comprobar con azul de metileno, reforzándose línea de sutura con puntos sueltos en la zona de fuga y dejando drenaje tipo Jackson Pratt.

Antes de iniciar tolerancia se vuelve a comprobar con azul de metileno, no objetivándose salida del mismo por el drenaje. En el 3º día de la reintervención se observa salida de material alimentario por drenaje, se decide colocar endoprótesis con posterior migración que requiere una nueva recolocación y posterior colocación de una nueva prótesis de diferentes dimensiones. En el transcurso del ingreso el drenaje intraabdominal permanece colocado durante unos 12 días. Siendo ineficaz el 3º intento de colocar endoprótesis, al retirar la misma, se evidencia una perforación mayor en línea de grapas junto a la presencia del drenaje en el interior del tubo gástrico.

DISCUSIÓN

Los resultados de varios estudio han demostrado que a los 7 días después de la cirugía donde se ha colocado un drenaje intraabdominal, hay una marcada respuesta inflamatoria peritoneal y contaminación bacteriana, pudiendo ser el resultado del uso prolongado del mismo.

Por otro lado encontramos estudios donde los drenajes quirúrgicos son colocados de rutina para facilitar el manejo no quirúrgico de posibles fugas anastomóticas en el postoperatorio inmediato objetivables en un examen radiológico con contraste oral. Fugas que de lo contrario progresarían a clínicamente significativas si no se detiene la tolerancia oral. Valorando a los drenajes como indispensables para facilitar el manejo no quirúrgico de tales fugas anastomóticas. A la hora de decidir la colocación o no de drenaje probablemente sean más los beneficios que nos aportan para detectar y facilitar un manejo no quirúrgico de las fugas anastomóticas, pero hay que tener en cuenta que pasado un periodo de tiempo, estimado en 7 días son mayores las desventajas y el riesgo de yatrogenia.

UTILIDAD DE LA LISOZIMA COMO NUEVO MARCADOR DE LA INFLAMACIÓN DEL TEJIDO ADIPOSO EN EL PACIENTE OBESO

E. García Moriana, J. Gironès Vilà, J. Latorre, M. Pujadas De Palol, C. Codony Bassols, J.I. Rodríguez Hermosa, H. Salvador Roses, J.M. Moreno-Navarrete, J.M. Fernández Real, A. Codina Cazador.

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La lisozima (LYZ) es una enzima antimicrobiana que se expresa en los glóbulos blancos. La fisiopatología de la obesidad implica una inflamación crónica de bajo grado en el tejido adiposo asociada, además, a una infiltración por macrófagos. El valor de la LYZ como marcador de la inflamación del tejido adiposo en el paciente obeso y su presencia en plasma está poco estudiada.

El objetivo de nuestro trabajo es determinar la presencia de la LYZ en tejido adiposo y en plasma, y su posible influencia en el respuesta inflamatoria en la obesidad.

MATERIAL Y MÉTODO

La presencia del gen LYZ en pacientes obesos con resistencia a la insulina se determinó mediante PCR cuantitativa, se determinó la expresión del mRNA en tejido adiposo subcutáneo (SAT) y visceral (VAT). Se determinó antes y después de la cirugía bariátrica.

RESULTADOS

La expresión del mRNA de LYZ fue comparable a los niveles lipogénicos en tejido graso. Aunque LYZ se expresó en adipocitos, su expresión principal se detectó en células de la fracción vascular estromal, específicamente en células CD14+.

Los niveles de mRNA de LYZ estaban aumentados tanto en la grasa visceral como parietal, incrementándose a mayor IMC ($p < 0.0001$) y porcentaje de tejido adiposo ($p < 0.0001$), así con la presencia de niveles elevados de triglicéridos y glicemia basal.

Los niveles de mRNA también se asociaron de manera significativa y positiva con los distintos marcadores inflamatorios como el Tumor Necrosis Factor alpha (TNF α), leptina. Y de manera significativamente negativa con los marcadores adipogénicos (FASN, GLUT4, PPAR γ , IRS1).

La cirugía bariátrica indujo una disminución del mRNA en tejido graso subcutáneo (68.3%, $p < 0.001$), además de una disminución de los factores inflamatorios y de adipogénesis.

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos sugieren que la lisozima es un nuevo marcador asociado al proceso inflamatorio de la obesidad, así como en la disfunción de la adipogénesis.

USO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA Y SU INFLUENCIA EN EL RESULTADO TRAS 24 MESES DE LA CIRUGÍA

J. Rodríguez Hurtado ¹, M. Ferrer Márquez ¹, M.J. Solvas Salmerón ¹, J.M. García Torrecillas ¹, A. Fontalba Navas ¹, E. Vidaña Márquez ¹, R. Belda Lozano ¹, F. García Alvarado ².

¹ Hospital Torrecárdenas, Almería; ² -----, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El tratamiento de la obesidad mórbida mediante la cirugía bariátrica es más efectivo que las opciones no quirúrgicas. Las tasas de fracaso o recaída oscilan entre el 20-30%. El estudio pretende analizar la influencia del uso de las *estrategias de afrontamiento de los problemas* en el mantenimiento de la pérdida de peso de los pacientes tras 24 meses de la cirugía.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva con inclusión de pacientes prospectiva. Se incluyeron 64 pacientes que fueron evaluados antes y después de la cirugía mediante el Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI). A los 24 meses de seguimiento se dividieron los pacientes en dos sub-cohortes según fueran éxitos o fracasos. Se consideró éxito o evolución favorable cuando el valor del porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) era 50 o superior.

RESULTADOS

44 pacientes tuvieron éxito y 22 fracasaron. Tras la cirugía la estrategia con mayor puntuación centil (Pc) media fue *apoyo social*, con 70,2 (DS 24,3). La menor fue la estrategia *resolución de problemas* con una media de 55,1 (DS 12,3). Un 52% de los que tuvieron éxito hicieron uso de estrategias de afrontamiento *adecuadas* para el manejo de los problemas, frente al 40% del grupo de los que fracasaron. El uso de estrategias *inadecuadas* para el manejo de los problemas fue mayor entre los pacientes que fracasaron que entre los que tuvieron éxito (31% vs 28%).

CONCLUSIONES

El uso de estrategias tanto *adecuadas* como *inadecuadas* pone en evidencia la gran dificultad que tienen estos pacientes en el afrontamiento de su enfermedad. Se encontraron diferencias de su uso entre los dos grupos, pero ninguna se asoció con la variable resultado final.

REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTE CON POSE PREVIO, OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO: INDICACIÓN DE BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS Y CIERRE DE PILARES CON SUTURA BARBADA

J. Ruiz-Tovar, M.A. Carbajo, A. Solar, L. Zubiaga, J.M. Jiménez, M.J. Castro.

Centro de Excelencia para el Estudio y Tratamiento de la Obesidad, Valladolid.

La funduplicatura es la técnica quirúrgica de elección en pacientes con hernias de hiato asociadas a enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Sin embargo, cuando hay modificaciones anatómicas previas del estómago, este procedimiento es a menudo difícil o imposible de realizar. Una alternativa en pacientes con obesidad y ERGE es la realización de un bypass gástrico en Y de Roux. El bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA/OAGB) ha demostrado que a largo plazo no se asocia a reflujo biliar, por la longitud del reservorio, el mecanismo antirreflujo que lleva implícito y porque los ácidos biliares en el intestino a 250cm del ángulo de Treitz no son lesivos. Aparte de esto, el BAGUA/OAGB consigue excelentes pérdidas ponderales y tasas de resolución de comorbilidades. Por todo ello, el BAGUA/OAGB puede considerarse una opción terapéutica en pacientes con ERGE, obesidad y modificaciones gástricas previas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 60 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo II en tratamiento con Metformina, dislipémica en tratamiento con Atorvastatina, y con enfermedad por reflujo gastroesofágico y esofagitis severa y mal controlada a pesar de tratamiento con Pantoprazol, presenta un IMC de 30 Kg/m². En un tránsito esófago-gastro-duodenal se objetiva una gran hernia de hiato paraesofágica. 7 años antes fue sometida a una cirugía endoscópica endoluminal primaria (POSE) con nula pérdida de peso, pero con empeoramiento clínico del reflujo gastroesofágico y resto de comorbilidades.

Ante la modificación anatómica gástrica consecuencia del POSE, y existencia de puntos de sutura intraherniarios, junto a la presencia de diabetes mellitus y dislipemia, se decidió realizar un bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA/OAGB) laparoscópico con fines metabólicos. Intraoperatoriamente se objetivó gran hernia hiatal, que incluía fundus y cuerpo gástrico. Se redujo el estómago herniado, se disecaron los pilares del diafragma y el orificio herniario de 4 cm se cerró con sutura barbada V-Loc 2/0 (Medtronic, USA). A continuación se procedió a realizar un reservorio gástrico de 20 cm de largo y calibrado sobre sonda de 36Fr. Se realizó anastomosis reservorio-yeyunal término-lateral con I-drive y cargas Tri-staple (Medtronic, USA) y cierre de la brecha con sutura barbada 2/0. Se dejó un asa biliar de 250 cm y un asa común de 350 cm.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente fue dada de alta a las 24h de la cirugía. A los 6 meses de la intervención, la paciente está sin signos de reflujo gastroesofágico, con un IMC de 25 Kg/m² y con completa remisión de su diabetes mellitus y dislipemia.

TORSIÓN DE LA PLASTIA GÁSTRICA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICICAL

S. Alonso, M. Medina, D. Acin, C. Rihuete, J.M. Rodríguez, M. Iturbe, C. Naranjo, F. Pereira.

Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La torsión o twist de la plastia gástrica es una entidad poco frecuente. Esta patología se produce por la rotación de una parte o de toda la plastia gástrica sobre uno de sus ejes anatómicos. Se presenta un caso clínico que debuta como disfagia total en el primer día postoperatorio tras una gastrectomía vertical laparoscópica. El cuadro fue resuelto con una conversión a bypass gástrico.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 48 con IMC de 80 (Peso 215). Como antecedentes personales destacan HTA, Glucemia basal alterada, Osteopatía grave, Hiperuricemia y SAOS muy grave. Exploración abdominal: hernia supraumbilical no reductible. Pruebas complementarias: Gastroscopia con esofagitis por reflujo grado B de Los Ángeles y hernia de hiato. Ecografía con esteatosis hepática sin colelitiasis. IMC a la intervención 74 (Peso 192). Se realiza una gastrectomía tubular laparoscópica muy dificultosa por imposibilidad de consecución de cámara adecuada durante toda la intervención quirúrgica. Durante los primeros dos días postoperatorios el paciente refiere sintomatología de disfagia completa. Se realiza tránsito con diagnóstico de obstrucción completa del paso del contraste en la porción media del tubular. Dados los hallazgos se decide laparoscopia urgente. Durante la intubación se produce episodio de broncoaspiración. En la reintervención se realiza gastroscopia intraoperatoria que confirma los hallazgos del tránsito. En la cirugía se objetiva una estenosis a nivel del tercio medio del tubular que con una tracción adecuada de la plastia se consigue franquear con el endoscopio. Se confirma el diagnóstico de estenosis por torsión de la plastia. Se mantiene la dificultad de la primera intervención para conseguir una cámara adecuada a lo que se añade una distensión de asas muy importante por lo que se realiza una laparotomía con conversión a bypass gástrico. El paciente evoluciona con una neumonía basal derecha que requiere ingreso en UCI. Es dado de alta al duodécimo día postoperatorio.

DISCUSIÓN

La gastrectomía tubular en una técnica segura, reproducible y con una baja tasa de complicaciones. La estenosis de la plastia tras una la gastrectomía vertical es una complicación poco frecuente que tiene una incidencia del 0.2- 4% del total de las gastrectomías tubulares laparoscópicas. Una de las causas de la estenosis puede ser el twist de la plastia gástrica. Este twist suele ser debido a la rotación progresiva hacia posterior de la línea de grapado generando una estenosis funcional. Esta estenosis funcional produce un stop en el paso de la comida, a pesar de poder ser fácilmente franqueable con un gastroscopio o con el balón de dilatación. La estenosis cortas pueden tratarse con dilataciones/prótesis sin embargo las estenosis más largas suelen requerir conversión a bypass. Para su prevención es recomendable una buena disección posterior gástrica para realizar una sección gástrica simétrica. Algunos autores recomiendan realizar de manera sistemática una fijación de la plastia al omento para evitar dicha complicación.

PERFORACIÓN GÁSTRICA POR INCLUSIÓN DE BANDA DURANTE CIRUGÍA DE RETIRADA

S. Alonso, M. Medina, D. Acin, C. Rihuete, J.M. Rodríguez, M. Iturbe, C. Naranjo, F. Pereira.

Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La banda gástrica ajustable es un procedimiento seguro, simple, rápido y reversible en cirugía bariátrica. A pesar de estas ventajas sus resultados a largo plazo están bastante cuestionados, no sólo por sus resultados ponderales, sino también por sus complicaciones. Mediante este caso clínico se muestra una complicación de dicho procedimiento en forma de inclusión en la pared gástrica no detectada mediante gastroscopia. El caso fue resuelto mediante una gastrectomía parcial con anastomosis en Y de Roux.

CASO CLINICO

Mujer de 57 años con IMC 37 y antecedentes personales de artropatía grave. Como antecedentes quirúrgicos destaca la colocación de una banda gástrica 6 años antes en otro centro. La paciente acude a consultas externas por disfagia diaria para sólidos de reciente aparición. Exploración física: minilaparotomía epigástrica eventrada palpando reservorio de banda gástrica adyacente a la misma. Gastroscopia: En región subcardial cambios por banda gástrica, con edema mucoso y una erosión de 1mm, tomando biopsias de la zona. H Pylori: negativo. Tránsito: banda normoposicionada. Tac abdominal: sin hallazgos relevantes salvo banda gástrica normoposicionada. Se produce episodio de broncoaspiración durante la intubación. Se realiza laparoscopia exploradora en la que se objetiva síndrome adherencial importante. Se realiza disección del trayecto de la banda hasta encontrar anillo. El anillo se encuentra fusionado a la pared gástrica y lóbulo hepático izquierdo. Tras sección del anillo se observa lo que parece mucosa gástrica expuesta a 2 cm de unión gastroesofágica borde derecho. Comprobación de la solución de continuidad mediante azul de metileno. Se realiza gastrectomía con sección distal a nivel de antro y sección proximal a nivel esofágico. Se realiza reconstrucción en Y de Roux. Postoperatorio complejo por síndrome de distress respiratorio del adulto que requiere estancia prolongada en UCI (40 días). No complicaciones desde el punto de vista abdominal. La paciente es dada de alta 44 días después de la intervención.

CONCLUSIÓN

Una de las complicaciones más serias tras la colocación de una banda gástrica es la inclusión de la banda gástrica en el interior de la luz gástrica, cuya incidencia oscila entre el 0.5 al 12% en las diferentes series analizadas. Normalmente cursa de manera asintomática. La retirada endoscópica es el abordaje de elección, sin embargo, ante el fracaso de dicha vía debe considerarse una alternativa quirúrgica.

EVOLUCIÓN Y RESULTADOS INICIALES EN CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA EN NUESTRO CENTRO TRAS CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA

M. Carmona Agúndez, N. De Armas Conde, I. Jaén Torrejimenno, J. Santos Naharro, L. Munuera Romero, J. Salas Muñoz, M.J. Matito Díaz, I. Gallarín Salamanca, J. Salas Martínez.

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

OBJETIVOS

Analizar la evolución en cuanto características clínicas de pacientes, tipo de cirugía bariátrica y resultados postoperatorios en los primeros 4 años de experiencia laparoscópica en cirugía de obesidad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo sobre una base de datos prospectiva de los pacientes intervenidos de obesidad mórbida mediante abordaje laparoscópico en nuestro centro desde mayo 2013 a agosto 2017.

RESULTADOS

Entre el periodo estudiado se han realizado 200 procedimientos laparoscópicos, en 82 pacientes (41%) bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) y en 118 (59%) gastrectomía vertical (GV). Las características clínicas de los pacientes se muestran en la tabla 1.

El número de procedimientos ha ido aumentando en cada año de estudio pasando de realizarse 12 intervenciones en 2013 a 66 en 2016 con una tendencia mayor al uso de GV frente al BGYR alcanzando mayor diferencia en 2015 (67,5% vs 32,5%) (Gráfico 1).

Los pacientes presentaban un IMC preoperatorio al inicio de nuestra experiencia de 47,67 (41,10-56,77) ascendiendo en 2016 a 48,30 (37,46-70,93). De igual forma, la incidencia de comorbilidades asociadas a la obesidad en los pacientes incluidos ha ido en progresión ascendente (Gráfico 2 y 3).

El índice de conversión a cirugía abierta en 2013 fue del 33%, descendiendo en los 3 siguientes años: 0%, 2,5% y 4,5% respectivamente.

Respecto a la evolución postoperatoria, el porcentaje de complicaciones graves ha sido del 16% con pico máximo de incidencia en 2016 y la estancia hospitalaria media se ha reducido de 16,75 días (DE 26,7) a 6,8 días (DE 5,6). El porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) medio el 1º, 2º, 3º y 4º año tras la cirugía es: 81,15%, 79,75%, 82,59% y 85,72% respectivamente. Se ha realizado cirugía de revisión en 6 pacientes con conversión de GV a BGYR en todos ellos, en 3 casos por pérdida de peso insuficiente, en 2 casos por vómitos secundarios a estenosis de la manga gástrica y un caso por fístula gástrica crónica.

CONCLUSIONES

Tras la implantación de la cirugía bariátrica por vía laparoscópica hemos observado una mayor tendencia a intervenir progresivamente a pacientes con mayor IMC y comorbilidades asociadas.

Los resultados confirman el uso cada vez más frecuente de GV, que puede deberse a la aparente sencillez técnica junto con la menor morbilidad postoperatoria.

En cuanto a conversión a cirugía abierta y complicaciones postoperatorias, la evolución ha sido desigual lo que se puede justificar por la inclusión de pacientes más complejos y por haber realizado el análisis en plena curva de aprendizaje.

Tabla 1. Características clínicas	N (DE) (%)/Media
Edad (años)	43,3 (9,7)
Hombre: Mujer	57 (28,5):143 (71,5)
IMC preoperatorio	49,2 (6,9)
Comorbilidades	
DM	61 (30,5)
HTA	78 (39)
DLP	50 (25)
Artropatía	87 (43,5)
SAHOS	84 (42)

PAPEL DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR EN EL PREOPERATORIO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

C.J. Ferrigni González, A. García Muñoz-Najar, J. González González, J. Ruiz-Tovar, C. Levano Linares, S. Gutiérrez Medina, J. Chacín Coz, Á. Amengual Galbarte, P. Artuñedo Pe, M. Duran Poveda.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

INTRODUCCIÓN

El papel de la gastroscopia en pacientes obesos antes de la cirugía bariátrica es controvertida. La razón principal para su uso rutinario es la posible presencia de patología a nivel esofagogástrico que puede cambiar el plan terapéutico inicial.

CASO CLÍNICO

Varón de 65 años, hipertenso y diabético tipo 2, con diagnóstico de obesidad mórbida (IMC: 48.6), sin antecedentes de enfermedad digestiva previa. Dentro del protocolo de estudio preoperatorio se realiza endoscopia digestiva superior (EDS) donde se evidencia pangastritis crónica y úlcera gástrica a nivel de antro, el duodeno es normal. El estudio patológico de esta muestra no arroja datos de malignidad pero sí *helicobacter pylori* + (HP). Se pauta tratamiento logrando erradicación de HP y posteriormente se mantiene inhibidos de bomba de protones. En gastroscopia control hay mejoría de gastritis pero persiste úlcera antral. Se decide realizar bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) con extirpación de estómago remanente ante estos hallazgos. El paciente evoluciona satisfactoriamente y se da de alta al segundo día de postoperatorio. El informe final de anatomía patológica del estómago diagnostica un tumor del estroma gastrointestinal fusocelular de bajo grado pT1Nx (GISTs) a nivel de antro. Se realiza estudio de extensión que descarta afectación a distancia. Al segundo año de seguimiento el paciente se encuentra con buena evolución ponderal (IMC 30 y %EPP 76) y sin datos de enfermedad.

DISCUSIÓN

Creemos necesaria la realización de EDS en el estudio preoperatorio para la obesidad mórbida y así lo apoya cada vez más la literatura. No siempre la presencia de una lesión en el tracto digestivo superior va ligada a síntomas, como es el caso del paciente presentado. Se han reportado casos donde no se realiza EDS en el pre-operatorio y al momento de la comprobación de estanqueidad intraoperatoria se encuentra un tumor de la unión esofagogástrica. En nuestro caso a pesar de ser un tumor con una incidencia baja (0.31%), la EDS permitió modificar la técnica quirúrgica y realizar una cirugía que terminó siendo curativa para el paciente. Debemos aclarar que si se confirma de manera pre operatoria el diagnóstico de GISTs no siempre hay que realizar una extirpación de todo el remanente, en función de su localización se puede realizar una resección parcial con márgenes de seguridad y así disminuir la posible morbilidad asociada al procedimiento.

PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO INDIVIDUALIZADO Y SUPERVISADO TRAS LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN ADULTOS CON OBESIDAD SEVERA/MÓRBIDA: ESTUDIO EFIBAR

E. Villa-González ¹, Y. Barranco-Ruiz ¹, M. Ferrer-Márquez ², M. Rodríguez Pérez ³, A. Carretero Ruiz ³, J.M. García Martínez ³, C. Garrido García ³, M. Alcaraz Ibáñez ³, A. Soriano-Maldonado ³, E.G. Artero ³.

¹ Universidad de Granada, Granada; ² Hospital Torrecárdenas, Almería; ³ Universidad Almería, Almería.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica es una intervención efectiva para la pérdida de peso en pacientes obesos mórbidos. Sin embargo, existe evidencia de una posible reganancia del peso corporal, que se manifiesta entre los 12 y los 24 meses posteriores a la operación. Diferentes programas de ejercicio físico, así como programas multicomponente que combinaban ejercicio físico y dieta han sido probados, aunque aún se desconoce cuál de las intervenciones es la más efectiva. En cuanto a las intervenciones de ejercicio físico, no está claro el tipo, así como la intensidad de entrenamiento más apropiada para esta población. Por ello, se precisa mayor profundización al respecto en busca de un protocolo seguro y efectivo para la mejora de la salud general de estos pacientes. El presente estudio trata de explicar de manera pormenorizada el tipo de entrenamiento, así como las variables más importantes dentro de un entrenamiento programado y supervisado, que será aplicado en el programa de entrenamiento del estudio EFIBAR–Ejercicio Físico tras cirugía Bariátrica–.

OBJETIVO

Describir el programa de ejercicio físico de manera detallada, para dar una nueva perspectiva de programación y prescripción de ejercicio físico en adultos con obesidad severa/mórbida que se someten a una cirugía bariátrica.

MÉTODO

En el estudio EFIBAR existen diferentes evaluaciones o medidas: antes de la operación (pre-test); tras 16-semanas de intervención (post-test); y 12-meses después de la operación (re-test). Para la creación del programa de entrenamiento se ha considerado el reciente Consenso CERT sobre Ejercicio Físico. El programa de entrenamiento se compone de 48 sesiones de entrenamiento personal totalmente individualizado (1-hora por sesión) durante 16 semanas de intervención (3 días/semana). Dicho programa se basa en un protocolo de entrenamiento concurrente (es decir, combinando primero entrenamiento de fuerza y posteriormente entrenamiento aeróbico). Se compone de diferentes fases como son: calentamiento, ejercicios compensatorios/prevención de lesiones, entrenamiento de fuerza y entrenamiento aeróbico, y por último estiramientos. Antes de iniciar el programa de fuerza se realizará una fase de familiarización que incluye ejercicios con el propio peso corporal y bandas elásticas. Dentro del programa de fuerza principal, que dará comienzo 4 semanas tras la operación, se realizarán principalmente ejercicios globales en máquinas guiadas y con peso libre que movilizan grandes grupos musculares, con una intensidad regulada mediante el carácter del esfuerzo (aproximadamente entre un 50-75% de 1RM). La parte cardiovascular será implementada mediante caminata en tapiz rodante, regulando la intensidad en un rango de entre 50-75% FCReserva.

CONCLUSIÓN

La socialización de dicho programa de entrenamiento alentará a futuros prescriptores de ejercicio físico y en general a todos los profesionales de la salud implicados, a ser conscientes de la importancia de un entrenamiento estructurado, individualizado y seguro en este tipo de pacientes.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL BYPASS GÁSTRICO EN LOS PACIENTES OBESOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN NUESTRO MEDIO

M.D.L.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, M. Fornell Ariza, A. Bengoechea Trujillo, I. Mateo Gavira, S. Roldán Ortiz, J. Varela Recio, S. Ayllon Gámez, F.J. Vilchez López, M. Aguilar Diosdado.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

OBJETIVO

El Objetivo de este trabajo es valorar el efecto de bypass gástrico en los pacientes diabéticos tipo 2 con obesidad mórbida, Valoraremos : la evolución de la diabetes, el riesgo cardiovascular estimado a 10 años y calidad de vida.

MÉTODOS

Se trata de un Estudio de cohortes con medidas intrasujeto (antes-después) en una muestra de pacientes con obesidad mórbida y diabetes tipo 2 que se sometieron a bypass gástrico laparoscópico estandar. Se analizaron las características demográficas, los parámetros antropométricos, los factores de riesgo cardiovascular y las complicaciones quirúrgicas. La estimación del riesgo de enfermedad cardiovascular a los 10 años se determinó de acuerdo con el puntaje de riesgo de Framingham y el impacto en la calidad de vida mediante la prueba BAROS (Sistema de resultado de análisis y reporte de Bariatric).

RESULTADOS

Se incluyeron 41 pacientes (63,4% mujeres), con una edad media de $45,62 \pm 8,37$ años e IMC antes de la cirugía $51,96 \pm 8,69$ kg/m². En la mayoría de los casos, la duración de la diabetes fue <10 años, el 92,6% usó terapia hipoglucémica oral y con complicaciones crónicas no conocidas. La HbA1c media antes de la cirugía fue de $7,55 \pm 1,18$ y $5,33 \pm 0,59\%$ a los 2 años. Cuatro meses después del bypass solo 12 pacientes mantuvieron el diagnóstico de diabetes. Dos años después de la cirugía, el porcentaje de pérdida de peso fue del 65,81% y la resolución de la hipertensión, dislipidemia y diabetes ocurrió en 76.67, 89.29 y 92.68% respectivamente ($P < 0.001$). Según el puntaje de riesgo de Framingham, el riesgo cardiovascular estimado en 10 años fue superior al 20% en el 35,9% de los casos antes de la cirugía. El riesgo promedio disminuyó del 15.84% al inicio al 4.32% dos años después de la cirugía ($P < 0.001$). El 14.6% de los pacientes tuvo complicaciones tempranas y el 19.5% desarrolló complicaciones posteriores. La escala BAROS fue excelente en 36.8% de los casos, muy buena en 36.7% y buena en 21.1% a los 2 años.

CONCLUSIONES

En Nuestro medio, el bypass gástrico se muestra como una herramienta adecuada para la resolución precoz de la diabetes, así como resultados beneficiosos a los 10 años de riesgo cardiovascular estimado y aceptable calidad de vida.

ADOLESCENTES CON OBESIDAD Y RESISTENCIA INSULÍNICA, FUTUROS POSIBLES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA. ESTUDIO REALIZADO EN MÉXICO, PAÍS CON PRIMER LUGAR MUNDIAL EN OBESIDAD INFANTIL

J.E. Sánchez Lara¹, C. Colunga Rodríguez², T. Rubio Sánchez¹, S. Alonso Batanero¹, M.D.J. Rodríguez Perdomo¹, L. Muñoz Bellvis¹.

¹ Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca; ² CUCS, Guadalajara.

La obesidad como definición es el resultado de un desequilibrio entre la ingestión y el gasto energético. En el año 2016 se publicó la ENSANUT, mostrando que el 35% de niños mexicanos, tenían obesidad o sobrepeso.

La resistencia a la insulina se presenta cuando a una concentración determinada de insulina en plasma no se produce la respuesta biológica normal esperada, y se acompaña de hiperinsulinemia, antes de que ocurra un deterioro en la homeostasis de la glucosa posterior a esto, la secreción de insulina declina en sujetos susceptibles de presentar esta alteración de las células B y aparece la DM2.

OBJETIVO

Establecer el Índice de Resistencia a la Insulina en los pacientes de 12-15 años atendidos en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría del IMSS en Guadalajara, Jalisco, México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo en el cual se seleccionaran de manera aleatoria a todos los adolescentes de 12-15 años atendidos en la consulta de endocrinología pediátrica, con el diagnóstico de obesidad exógena, se evaluara el estado metabólico inicial con mediciones de glucosa en ayuno, insulina. Posteriormente se obtuvo el Índice de Resistencia a la Insulina mediante la fórmula de HOMA.

RESULTADOS

De 138 pacientes solo 67 contaban con los criterios de inclusión completos. De ellos 32 corresponden al sexo femenino (48%), y 35 (52%) corresponden al sexo masculino. La moda de edad fue de 13 años con una desviación estándar de +-1.1. Analizando los marcadores de Glucosa e Insulina se obtuvo el HOMA de estos pacientes, en los cuales el promedio excede los valores normales de <3 IR, con una media de 4.8 IR, desviación estándar de +-2.25 y rango de 10. De ellos solo el 17% se encontraba dentro de valores normales, del resto un 61% con un IR de entre 3-6, el 15% un HOMA de entre 6-9 y el 7% un HOMA de entre 9-12.

CONCLUSIÓN

En una población con índices altos de obesidad, que semejan aunque no se igualan a la población española; había que tomar además de las obvias medidas en prevención, a estos pacientes con comorbilidades derivadas de la obesidad como posibles candidatos a cirugía bariátrica, como una solución a corto y largo plazo al problema de salud.

CIRUGÍA DE REVISIÓN DE GASTROPLASTIA VERTICAL ANILLADA SEGÚN TÉCNICA DE MASON

M. Carmona Agúndez Agúndez, I. Jaén Torrejimenó, N. De Armas Conde, J. Santos Naharro, I. Gallarín Salamanca, L. Munuera Romero, M.J. Matito Díaz, J. Salas Muñoz, J. Salas Martínez.

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

OBJETIVOS

Analizar los resultados perioperatorios y a largo plazo de pacientes sometidos a cirugía de revisión tras gastroplastia vertical anillada (GVA) según técnica de Mason.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional retrospectivo de los casos intervenidos en nuestro centro de gastroplastia de Mason mediante laparotomía que han precisado cirugía de revisión entre enero de 2014 y diciembre de 2017.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado se intervinieron a 7 pacientes, las características clínicas se describen en la tabla 1. El intervalo medio entre ambas cirugías fue de 13 años (7-16). La indicación principal para la cirugía de revisión fue en 4 vómitos y reflujo gastroesofágico, en 2 pérdida insuficiente o reganancia ponderal y en otro caso reflujo biliar intratable. Éste último caso ya se había reintervenido cuatro años después de la cirugía primaria por hemorragia digestiva alta secundaria a erosión de la banda con conversión a mini bypass gástrico.

El abordaje fue abierto y en todos los casos se realizó conversión a bypass gástrico en Y de Roux tutorizado con bujía de 32F y gastrectomía de las antiguas líneas de grapado, banda y fundus residual. La anastomosis gastroyeyunal se realizó terminolateral con grapadora lineal salvo en un caso que se realizó manual. La longitud de las asas biliopancreática y alimentaria se determinó según el IMC prequirúrgico.

La estancia hospitalaria media fue de 8 días (4-21). 2 pacientes presentaron complicación en los primeros 30 días: una neumonía que evolucionó favorablemente con antibioterapia y una colección intrabdominal que precisó drenaje quirúrgico. No hubo ningún caso de mortalidad.

Con un periodo de seguimiento medio de 14 meses (24-3) el porcentaje de sobrepeso perdido medio (PSP) es de 88,45%. En todos los pacientes la sintomatología que indicó la cirugía ha sido resuelta salvo en un caso que persiste intolerancia digestiva a sólidos. 2 pacientes presentaron síndrome de Dumping como complicación tardía que se controla adecuadamente con dieta.

CONCLUSIONES

La GVA fue un procedimiento bariátrico restrictivo, originalmente descrito por Mason en 1982 y popularizado en la década de 1990 por sus buenos resultados iniciales, pero con reganancia ponderal a largo plazo y complicaciones tardías derivadas de la banda (estenosis y erosión) siendo necesaria reintervención hasta en el 65% de los pacientes. La cirugía de revisión bariátrica es técnicamente compleja y asocia mayor riesgo de complicaciones que los procedimientos primarios. Nuestra tasa de morbilidad es comparable a las publicada anteriormente (6,5-33%).

Aunque no hay evidencia suficiente, la conversión a bypass gástrico ha demostrado ser el procedimiento más eficaz ofreciendo una pérdida de peso adecuada, resolución de los síntomas relacionados con la banda y mejora de las comorbilidades asociadas.

Tabla 1.

Características clínicas	Media (+-DE) / n (%)
Edad	49 (13)
Sexo: Mujer	7 (100)
IMC previo GVA	45,25 (6,23)
IMC previo a cirugía revisión	37,56 (8,91)
PSP (%) previo a cirugía revisión	40 (33,50)
Comorbilidades	
DM tipo 2	1 (14,3)
HTA	2 (28,6)
Dislipemia	2 (28,6)
SAHOS	1 (14,3)
Artropatía	1 (14,3)

RESULTADOS DE GASTRECTOMÍA VERTICAL VS BYPASS GÁSTRICO EN PACIENTES SUPEROBESOS

I. Jaén Torrejímeneo, M. Carmona Agúndez, N. De Armas Conde, J. Santos Naharro, I.M. Gallarín Salamanca, J. Salas Martínez.

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La obesidad mórbida es una pandemia creciente en los últimos años, dentro de ella ha incrementado la prevalencia de los pacientes superobesos ($IMC \geq 50\text{kg/m}^2$). No está totalmente establecida la mejor opción quirúrgica en estos pacientes.

El objetivo de nuestro estudio es describir las características basales en superobesos mórbidos, para determinar si existen diferencias en resultados ponderales y resolución de comorbilidades a medio plazo en función de la técnica realizada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un análisis retrospectivo de pacientes intervenidos por superobesidad mórbida ($IMC \geq 50\text{kg/m}^2$) entre Mayo del 2013 y Agosto de 2017. Fueron excluidos pacientes con cirugía de revisión y menos de un año de seguimiento. La significación estadística se fijó en $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se intervinieron a 223 pacientes de obesidad mórbida, de los cuales 70 pacientes (44.7%) con un IMC (índice de masa corporal) $\geq 50\text{kg/m}^2$. En el 61,4% (43 pacientes) se realizó gastrectomía vertical (GV) y en el 38.6% (27) bypass gástrico (BGYR). Las características basales se muestran en la tabla 1.

La tasa de complicaciones postoperatorias fue significativamente mayor en el grupo sometido a BGYR (29.6% vs 9.3%, OR 4.1, IC 1.1-15.4, $p < 0.03$). Hubo un éxito por hernia interna. La estancia hospitalaria media es de 11,8 días, no observándose diferencias entre ambos grupos.

Dentro de los pacientes diabéticos, el 50% presentó remisión completa de su diabetes al cabo de 1 año y un paciente redujo su tratamiento. La resolución de la hipertensión arterial fue del 70.8%, sin tratamiento al año de la cirugía. Se observa normalización de la hiperlipemia en el 76,9 % de los pacientes superobesos. Los pacientes presentaron resultados similares en cuanto a resolución de sus comorbilidades sin diferencias significativas entre ambas técnicas.

El 90,4% de los pacientes presenta al año de seguimiento un $\%EWL \geq 50\%$ (exceso de peso perdido), se consiguieron resultados efectivos en cuanto a pérdida de peso con ambas técnicas [GV 71.9% (53.9-89.9) vs BGYR 82.3% (70.2-94.23), $p = 0.06$], observando posteriormente una tendencia ligeramente superior en pacientes sometidos a GV a la ganancia de peso, o estacionamiento de la pérdida.

En tres casos sometidos inicialmente a una GV, se realizó cirugía de revisión posterior por insuficiente pérdida de peso, y conversión a BGYR.

CONCLUSIONES

Los pacientes con superobesidad tienen mayor riesgo postoperatorio en relación con sus comorbilidades, mayor cantidad de grasa visceral intraabdominal y hepatomegalia. Se han descrito resultados inferiores respecto a los pacientes con menor IMC.

Existen pocos estudios en la literatura que comparen los resultados del BGYR y GV específicamente en pacientes superobesos. Los resultados de nuestro estudio demuestran que ambas técnicas serían aptas en cuanto a resolución de comorbilidades y resultados de pérdida ponderal para pacientes con un $IMC \geq 50\text{kg/m}^2$.

Tabla 1	GV (61.4%)	BGYR (38.6%)	P
Edad	42,8 años (24.5-63.8)	39,8 años (23-55)	0.33
Sexo (V/M)	51.2% (21/22)	37 % (10/17)	0.22
HTA	39.5%	29.6%	0.401
DM 2	27.9%	14.8%	0.211
DLP	32.6%	14.8 %	0.106
Artropatía	46.5%	37%	0.436
SAOS	53.5%	25.9%	0.026

INSÓLITA FUGA TARDÍA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

A. Delegido, B. Gómez, M.D. Frutos, A. Conesa, T. Nicolás, K. Rodrigues, P. Parrilla.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) se ha extendido extraordinariamente entre los cirujanos bariátricos en los últimos años debido a su aparente simplicidad técnica y a sus buenos resultados a corto-medio plazo. Sin embargo, su complicación más frecuente y temida es la fuga que puede llegar a ser grave y difícil de tratar, y cuyo diagnóstico a veces supone un reto para el cirujano debido a su presentación clínica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 62 años con diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, SAOS e IMC de 50.6 intervenida de GVL hacía cuatro años sin complicaciones. En seguimiento por cirugía y endocrinología sin incidencias e IMC de 33. Acude a Urgencias por mal estado general, estreñimiento de seis días de evolución, vómitos, dolor abdominal generalizado y fiebre de 38°C. Se realiza analítica con PCR 28, 10.000 leucocitos (75% PMN); y TAC abdominal que informa de dehiscencia de sutura gástrica asociada a colección y plastrón inflamatorio de colon en ángulo esplénico que condiciona obstrucción intestinal sin poderse descartar neoplasia subyacente.

Ante la situación clínica se decide cirugía urgente, se explora la gastrectomía evidenciando fuga a nivel del ángulo de His con gran plastrón que engloba ángulo esplénico del colon y bazo que ocasiona obstrucción mecánica por lo que se reseca en bloque y se realiza anastomosis colónica latero-lateral mixta, sutura primaria de la fuga y colocación de sonda nasoyeyunal y drenajes.

En el postoperatorio se recogen 200cc por el drenaje de contenido sucio, realizándose TAC que informa de colección hidroaérea superior a saco menor de 9 cm y se decide colocación de prótesis bariátrica endoscópica. Tras un postoperatorio tórpido, la paciente mejora hemodinámicamente sin necesidad de DVA con débitos de drenaje progresivamente más limpios y decrecientes.

La AP informa de reacción fibroinflamatoria con áreas de abscesificación y reacción granulomatosa sin evidencia de proliferación neoplásica.

Fue dada de alta al mes de ingreso con sonda nasoyeyunal de alimentación y controles sucesivos mediante TAC y TEGD con progresiva reducción de la colección y el cierre de la fuga, retirándose la prótesis a las 8 semanas. Actualmente se encuentra asintomática.

RESULTADOS

El auge de la GVL en los últimos años ha implicado un aumento en la incidencia de la fuga hasta un 5.3%. El 89% de las fugas son proximales, presentando una mortalidad alrededor del 9%. Se produce fundamentalmente en los primeros 7 días, siendo lo más habitual las primeras 48 horas, no obstante se han descrito casos de aparición tardía (desde 8 semanas hasta 2 años tras la cirugía). Su clínica inespecífica (taquicardia, leve dolor abdominal...) obligan a la realización de TAC urgente. Su manejo puede realizarse de manera conservadora (drenaje, prótesis endoscópica...) y/o tratamientos quirúrgicos (lavado, drenajes...).

CONCLUSIONES

Aunque la fuga ocurre fundamentalmente en la primera semana postoperatoria, se han descrito casos aislados hasta 2 años posteriores. Este caso a los 4 años y con clínica de obstrucción de colon, refuerza la necesidad de poner en conocimiento de todos, complicaciones tan inusuales como ésta que pueden llegar a comprometer la vida de estos pacientes.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA BARIÁTRICA: COMPARACIÓN ENTRE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX Y GASTRECTOMÍA VERTICAL

J.D. Sánchez López, E. Iglesias García, E. Ferrero Celemin, F. Del Castillo Diez, J.M. Gil López, S. Núñez O' Sullivan, A. Picardo.

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

INTRODUCCIÓN

El Bypass Gástrico Laparoscópico en Y de Roux (BGLYR) y la Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GVL) son las dos técnicas más utilizadas para el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Aunque se ha demostrado reducción del peso postoperatorio y de las comorbilidades, la calidad de vida apenas ha sido estudiada en estos pacientes.

OBJETIVO

Comprobar si existen diferencias significativas en la calidad de vida entre los pacientes intervenidos con una y otra técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS

N = 205. Intervenidos abril 2010 -diciembre 2015. Los datos de calidad de vida (CV) se obtuvieron usando los cuestionarios *ShortForm-36v2*[®] (*SF36v2*[®]) y *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System* (*B.A.R.O.S.*). Ambos fueron autoadministrados.

RESULTADOS

Ratio mujer: hombre fue 2:1. La mediana edad de todos los pacientes fue 48 [18] años, siendo los pacientes del grupo GVL significativamente mayores (GVL 56.5 [14.7]; BGLYR 48 [13], CONTROL 46 [14]; $p < 0.001$). Las puntuaciones del *SF36V2*[®] mostraron una mejor CV ($p < 0.001$) en los grupos operados respecto al grupo CONTROL. No se encontraron diferencias con el sistema *B.A.R.O.S.*

CONCLUSIONES

Los pacientes intervenidos mediante BGLYR presentaron una función física significativamente mejor que los intervenidos mediante GVL, si bien estos últimos tuvieron mayores puntuaciones en algunos de los dominios en los 12 primeros meses de postoperatorio.

CIRUGÍA DE REVISIÓN: DE BYPASS GASTROILEAL A BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS (BAGUA)

F.A. Rubio Gil, M.J. Solvas Salmerón, M. Ferrer Márquez, M.J. Torrente, A. Martínez-Amo, M. Ferrer Ayza.

Hospital HLA Mediterráneo, Almería.

OBJETIVOS

El bypass gastroileal es una simplificación del bypass biliopancreático, siendo una técnica entre el bypass biliopancreático y el bypass gástrico, mínimamente restrictivo y con alto contenido malabsortivo. Una de las complicaciones descritas es la aparición de una estenosis de la anastomosis, refractaria a IBPs incluso a dilataciones endoscópicas, requiriendo en algunos casos la revisión quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 42 años con antecedentes de Bypass gastroileal (RESA) con asa común 6 años antes de consultar (BMI: 43,06 kg/m²); refiere que desde la intervención presenta epigastralgia sin náuseas y sin vómitos, pero que en el último año asocia pirosis y vómitos, cada vez más severos. Le han realizado hasta tres dilataciones endoscópicas de la estenosis de la anastomosis sin mejoría clínica.

Se realiza tránsito esofagogástrico apreciando dilatación de la cámara gástrica con estenosis de la unión gastro yeyunal. En la Phmetria de 24h se aprecia en esófago distal se aprecia Reflujo Gastroesofágico ácido patológico mixto (decúbito y bipedestación) de intensidad muy severa con muy buena correlación sintomática entre reflujo ácido y pirosis. Tras intentar tercera dilatación endoscópica, no se consigue pasar el endoscopio.

Tras ingresarla para soporte nutricional parenteral, es intervenida apreciando anastomosis gastroyeyunal a unos 2 m de válvula ileocecal, y asa biliopancreática de unos 4.20 m.

Tras disecar asa aferente y eferente, se realiza pouch gástrico tutelado con sonda Faucher 34 fr, realizando anastomosis gastroyeyunal laterolateral de 3 cm con mecanismo antirreflujo a unos 2 m del angulo de Treitz.

La evolución postoperatoria es favorable, así como el seguimiento en consulta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En algunos casos la estenosis de la anastomosis gastroyeyunal requiere una cirugía de revisión, como en nuestro caso, para ello es fundamental una amplia experiencia del equipo quirúrgico.

El Bypass Gástrico de Una Anastomosis (BAGUA) es un nuevo modelo de By-pass gástrico que presenta múltiples ventajas frente al By-pass gástrico en Y-de-Roux convencional, eliminando una gran parte de sus complicaciones habituales y proporcionando mejor calidad de vida y óptimos resultados ponderales a medio y largo plazo; se suprime la anastomosis yeyuno-yeyunal, minimizando la posibilidad de complicaciones graves, con resultados excelentes en cuanto a la pérdida de peso y resolución de comorbilidades.

EFFECTO DE LA DIETA DIO Y DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL PESO CORPORAL Y EL PESO DE LOS TEJIDOS EN RATAS SPRAGUE-DAWLEY

N. Mestres Petit ¹, J. Rossell ², E. Pardina ², M. González Duaigües ¹, E. Cuello Guzmán ¹, J. Carmona ², J.J. Olsina Kissler ¹, J. Peinado Onsurbe ², J.A. Baena Fustegueras ¹.

¹ Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; ² Universitat de Barcelona, Barcelona.

OBJETIVOS

Analizar el efecto sobre el peso corporal tanto de la dieta (se compara dieta estándar vs dieta rica en grasas, DIO) como de la cirugía bariátrica (CB).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han utilizado ratas de tipo Sprague-Dawley que se han distribuido en 14 grupos compuestos por 7 ratas. Se dividen los 14 grupos en 7 grupos control (dieta estándar) y 7 grupos con dieta DIO.

Posteriormente, se procede al sacrificio de un grupo control y un grupo DIO de forma periódica durante los 3 primeros meses. Restando al finalizar 2 grupos del tipo control y 3 del grupo DIO. Dichos grupos se someten a la semana 8 de estudio a cirugía bariátrica mediante gastrectomía tubular (siguiendo el protocolo quirúrgico realizado en humanos). Después de la CB los grupos controles se mantienen con dieta estándar, mientras que los grupos DIO: 2 se mantienen con dieta DIO y uno se convierte a dieta estándar. Se sacrifican a la semana 2 y 4 post-operatorias. Tras cada sacrificio se extraen los tejidos, se pesan y se congelan con nitrógeno líquido.

Se utiliza el análisis de varianzas ANOVA para comparar los pesos corporales y de los tejidos entre los diferentes grupos control o DIO (sacrificados en diferentes tiempos) y posteriormente entre los grupos control y DIO (sacrificados al mismo tiempo).

RESULTADOS

El peso corporal en los grupos control muestran un aumento en el tiempo si bien este no es significativo estadísticamente excepto cuando se compara el grupo control de 1 semana y el de las 8 semanas. Por otro lado el aumento de peso corporal sí que es significativo en las comparativas entre los grupos DIO. También se evidencia un aumento del peso de los tejidos con mayor presencia de tejido adiposo (tejido adiposo pardo, tejido adiposo epididimal y tejido adiposo perirenal). Otros tejidos periféricos muestran cambios con la dieta y el seguimiento en el tiempo: pulmones, corazón y glándulas adrenales.

En los grupos control, el efecto de la CB se observa como una disminución significativa no solo del peso corporal sino también en el peso tisular (riñón, hígado, tejido adiposo pardo, epididimal y perirenal).

El efecto de la CB en los grupos DIO que continuaron con la dieta DIO tras la cirugía muestran un aumento inicial de peso en la semana 10 para posteriormente disminuir en la semana 12 tanto el peso corporal como el de los tejidos (hígado, bazo, tejido adiposo epididimal...). Sorprendentemente, aquellos del grupo DIO que cambiaron la dieta a dieta estándar tras la cirugía muestran una disminución notoria y estadísticamente significativa tanto del peso corporal como del peso tisular.

CONCLUSIONES

La dieta DIO causa cambios significativos no solo en el peso corporal y del tejido adiposo sino también en el de otros órganos (bazo, corazón, timo).

La CB causa una disminución directa de peso tanto corporal como tisular (observada en grupos control y en DIO semana 12) pero la disminución más representativa se halla en el grupo que tras la CB modifica la dieta a dieta estándar.

VALORACIÓN DEL ESTILO DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN NUESTRO MEDIO

M.D.L.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, A. Bengoeche Trujillo, M. Fornell Ariza, I. Mateo Gavira, D. Medina, F.J. Vilchez Lopez, C. Peña Barturen, J. Varela Recio, M. Aguilar Diosdado.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

OBJETIVOS

Determinar los hábitos y el estilo de vida de los obesos mórbidos antes y después de la cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal de dos grupos de pacientes con obesidad mórbida atendidos en el Programa de Cirugía Bariátrica del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz : un grupo antes y el otro después de la cirugía bariátrica. Se recogieron datos clínicos y analíticos de los pacientes: características sociodemográficas y de estilo de vida, Bulit-R Questionnaire (Bulimia), BIS (impulsividad), BQ1 (imagen corporal), BAI (ansiedad), BECK (depresión) y calidad de vida a través de cuestionario SF12, independientemente del tipo de cirugía bariátrica realizada, antes de la cirugía y a los 12 meses de la cirugía bariátrica.

RESULTADOS

Se estudiaron 111 obesos mórbidos antes de la cirugía (31.5% hombres, 68.5% mujeres) y 87 obesos mórbidos después de la cirugía (29.9% hombres y 70.1% mujeres). Antes de la cirugía, el peso medio fue de 133.4 (S.D. 24.4) e IMC 48.6 (D.D. 7.0), y postquirúrgico 94.9 (D.D. 19.8) e IMC 34.5 (D.D. 6.5). En ambos grupos predomina la educación primaria y secundaria inferior (25.8% del total); la mayor proporción de sujetos con un mayor nivel de educación estuvo en el grupo postoperatorio (3.6% vs 13%). Solo el 25% trabajaba activamente antes de la cirugía, y aumentó al 36,5% en el grupo postoperatorio. Se observaron diferencias significativas entre los dos grupos en relación con los hábitos y el estilo de vida como consumo de tabaco (21.1 vs 7.1%), consumo de alcohol (21.1 vs 17.4%), ejercicio físico (55 vs 82.6%), horas de ejercicio físico (4.75 horas) / semana vs 5.9) y aumentar en comidas por día de 3 a 5. El apoyo familiar es mayor para el grupo postoperatorio (90 frente a 83.8%), excluyendo las diferencias en los servicios de apoyo profesional (14%).

CONCLUSIONES

Se observaron diferencias significativas en los hábitos y el estilo de vida de los pacientes antes y después de la cirugía bariátrica; factores que podrían contribuir a la atención, el pronóstico y la evolución de los pacientes. El apoyo social y familiar es mayor para los pacientes postquirúrgicos.

CIRUGÍA DE REVISIÓN: EXPERIENCIA Y RESULTADOS

O. Ferro, P. Arago, J. Belenguer, S. Carceller.

Hospital de Manises, Manises.

OBJETIVOS

Análisis descriptivo de las indicaciones, técnicas, resultado y complicaciones de cirugías de revisión realizadas en la Unidad de Cirugía Bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han seleccionado los pacientes intervenidos entre enero del 2014 y noviembre del 2017 con diagnóstico de obesidad patológica y propuestos para cirugía de revisión en el Hospital de Manises. Las variables analizadas han sido: indicación, técnica quirúrgica, complicaciones, éxitos, Índice de masa corporal (IMC), porcentaje de índice de masa corporal perdido (%IMCP) y porcentaje esperado de índice de masa corporal perdido (%EIMCP) al 1; 3; 6; 12; y 24 meses. Los datos se obtuvieron de la base de datos de cirugía bariátrica y el análisis fue retrospectivo.

RESULTADOS

Entre enero 2011 y diciembre 2017 se han realizado 638 intervenciones de cirugía bariátrica de los cuales 41 han sido cirugías de revisión realizadas entre enero 2014 y noviembre del 2017, lo que supone un 6% de la actividad. La edad media fue de $46,2 \pm 10$ años, con una distribución por sexos de H:M 12:29. El IMC inicial medio fue de $38,6$

$\pm 8,6$ kg/m², la estancia media fue de 5 ± 5 días.

El abordaje de elección fue laparoscópico, completando el procedimiento por esta vía en 36 (87%) de los casos. Las técnicas bariátricas iniciales fueron el bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux (BPGL) 14 (33,7%), la gastrectomía tubular (GT) 25 (60%) y otras 2 (4%). En cuanto a las técnicas de revisión fueron: alargamiento asa común 9 (21%), repouching 5 (12%), conversión a BPGL desde GT 18 (43%), conversión a minigastric bypass (MGB) desde GT 5 (12%), retubulización desde GT 2 (5%) y otras 2 (5%). El motivo de revisión fue pérdida insuficiente de peso 20 (48%), reganancia peso 4 (10%), ERGE 7 (17%) Estenosis 4 (10%), fistula gastroyeyunal 1 (2,4%), estenosis funcional 4 (10%) y diarrea 1 (2,4%).

El seguimiento fue de entre 6 a 24 meses. El IMC, el %IMCP y del %EIMCP al año fue de 34 ± 6 kg/m²; $32 \pm 9,7$ % y $65,4 \pm 18$ %. Si prestamos atención a estos indicadores en aquellas cirugías en las que el motivo de conversión fue la pérdida insuficiente el IMC preoperatorio fue de 42 ± 5 kg/m², el IMC, el %IMCP y del %EIMCP al año fueron respectivamente 36 ± 6 kg/m²; 30 ± 10 % y 60 ± 20 %. (Gráfico 1)

En cuanto a las complicaciones en el periodo postoperatorio y durante el seguimiento se produjeron: úlcera de boca anastomótica en dos pacientes manejadas de forma conservadora, una refistulización gastroyeyunal que requirió reintervención, síndrome dumping, eventración y un síndrome neuroglucopénico.

CONCLUSIONES

La cirugía de revisión parece útil especialmente en los pacientes en los que no se ha alcanzado el peso objetivo, así como los que padecen una ERGE después de una GT. No es desdeñable la aparición de complicaciones por lo que es fundamental la selección de los pacientes que se beneficiarán de la cirugía.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE BPD, BPG Y SADI-S %PTP, %EPP Y %EIMCP SEGÚN ESTÁNDARES DE CALIDAD Y EVOLUCIÓN DE COMORBILIDADES HASTA 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

R. Méndez Roca ¹, A.J. Torres García ², A. Sánchez Pernaute ², L.M. Zulbaran Gamarra ³.

¹ Clínica del Bosque, Costa Atlántica; ² Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ³ Clínica General del Caribe, Costa Atlántica.

OBJETIVO

Comparar BPD, BPG y SADIS según los estándares de calidad en el %PTP, %EPP y %EIMCP y evolución de las comorbilidades hasta 5 años de seguimiento.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes con Obesidad y Diabetes que fueron intervenidos en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Desde el año 2000 al 2009. El %PTP se expresa en negativo y varía según el IMC; %EPP para el primer año >55%; para el segundo año >75% para el quinto año >65%. El %EIMCP será exitoso cuando sea >65%; bueno entre 65% y 50% y fracaso cuando sea < 50%.

RESULTADOS

Se seleccionaron 90 pacientes con obesidad y diabetes; 32 pacientes BPD, a 30 BPG y a 28 SADIS. %PTP para el IMC 35 A 40 será aceptable entre -29 y -38 hasta -14 y -19: El BPD estuvo por debajo del estándar en el segundo y tercer año. EL %PTP IMC 40 a 50 será aceptable entre -38 y -50 hasta -19 a -25; El %PTP con IMC 50 a 60 será aceptable entre -50 a -58 hasta -25 a -29. Y para el %PTP 60 a 70. serán aceptables cuando sus valores se den

-58 a -64 hasta -29 a -38. Los resultados mostraron que en más del 99% todos los pacientes se encontraron en los rangos de aceptabilidad desde el primer año hasta el quinto año.

El %EPP primer año >55%: BPD 76,2%, BPG 90,5%, SADIS 83,3% $p=0,462$. Segundo año con %EPP >75%: BPD 33,3%; BPG 52,6% SADIS 69,2%, con un $p=0,049$. Para el quinto año con %EPP >65%: BPD 50% BPG 30% SADIS 100% con $p=0,061$.

En %EIMCP: Excelente con >65%: primer año un $p=0,462$; segundo año un $p=0,504$; tercer año un $p=0,524$; cuarto año un $p=0,105$ y el quinto año un $p=0,096$ al comparar las técnicas quirúrgicas; La remisión de la DM2 fue en promedio en el primer año del 75,86% y a los 5 años del 66%: con $p=1,000$ al comparar entre si el BPD, BPG Y SADIS. En cuanto a la evolución de las comorbilidades, no hubo cambios en retinopatía, nefropatía y ERGE; El antes y después de Hipertensión Arterial con $p=0,031$, $p=0,016$ y $p=0,016$ Para el BPD, BPG Y SADI-S respectivamente. También en la Dislipidemia y SAOS hubo cambios estadísticamente significativos con $p=0,000$. Hubo 19 casos (21,1%) con complicaciones pos quirúrgicas, y dos (2,2%) muertes.

CONCLUSIONES

Al evaluar los resultados según estándares de calidad en el %PTP, más del 90% de sus resultados fueron aceptables. %EPP y %EIMCP solo el SADIS, mantiene un 100% al cuarto y quinto año. todas las técnicas mostraron proporciones similares en la remisión de la DM2, y remisión de las principales comorbilidades. Se debe continuar profundizando en la forma de estandarizar y expresar mejor los resultados de la cirugía Bariátrica.

EFIBAR: EJERCICIO FÍSICO TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO

M. Ferrer-Márquez ¹, A. Soriano-Maldonado ², M.J. Torrente-Sánchez ³, A. Fernández-Alonso ¹, S. Martínez-Forte ¹, C. Gómez-Navarro ⁴, J. Aceituno-Cubero ¹, R. Reyes-Parrilla ¹, M.A. Iglesias-López ², E. G. Artero ².

¹ Hospital Torrecárdenas, Almería; ² Universidad de Almería, Almería; ³ Hospital Mediterráneo, Almería; ⁴ Clínica Mediterráneo, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Aunque la cirugía bariátrica es el tratamiento de elección para la obesidad severa-mórbida, un porcentaje importante de pacientes intervenidos no alcanzan el peso deseado, o vuelven a ganarlo durante el seguimiento, con el consiguiente riesgo de enfermedad cardiovascular. Existe controversia sobre si realizar ejercicio físico tras cirugía bariátrica conlleva una mayor pérdida de peso respecto a no hacerlo. Esta comunicación pretende presentar el estudio controlado aleatorizado EFIBAR (Ejercicio Físico tras cirugía BARIátrica), estudio multidisciplinar que comienza en el mes de octubre de 2017 y cuyo objetivo será determinar el efecto de un programa de ejercicio aeróbico y de fuerza muscular de 16 semanas sobre la pérdida de peso (efecto principal), composición corporal, riesgo cardio-metabólico, condición física, calidad de sueño, función reproductiva y calidad de vida (efectos secundarios) en pacientes con obesidad severa/mórbida sometidos a cirugía bariátrica.

METODOLOGÍA

Se realizará un ensayo controlado aleatorizado en el que un total de 80 participantes serán asignados de forma aleatoria a un grupo que realizará ejercicio físico supervisado (3 sesiones de 60 minutos a la semana) durante 16 semanas o a un grupo de cuidados habituales tras la cirugía bariátrica.

El reclutamiento de las participantes se realizará a través de la Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital Torrecárdenas y el Hospital Mediterráneo.

Se llevará a cabo una evaluación exhaustiva que incluirá peso, composición corporal, exceso de piel, presión arterial, perfil lipídico y glucémico, resistencia insulínica, una selección de adipoquinas y mioquinas, así como marcadores de inflamación crónica y funciones hepática y renal. Se evaluará la capacidad aeróbica y la fuerza muscular, así como la actividad física de forma objetiva mediante acelerometría. Mediante pruebas ecocardiográficas se estudiará el efecto sobre la estructura y función del corazón. Se evaluará la calidad de vida relacionada con la salud y los síntomas de depresión. Los datos serán recogidos en la semana previa a la cirugía (pre-test), tras las 16 semanas de ejercicio (post-test) y a los 12 meses de la cirugía (re-test).

CONCLUSIÓN Y APLICACIÓN PRÁCTICA

Algunos estudios observacionales han destacado el efecto positivo del ejercicio físico en estos pacientes, pero son necesarios estudios de intervención de mayor rigor metodológico que puedan confirmar esos beneficios y establecer posibles mecanismos de acción. Teniendo en cuenta las cifras poblacionales que alcanzarán la obesidad severa y mórbida en unos pocos años, los resultados de este estudio pueden ser de gran relevancia y aplicación para el sistema sanitario y económico de nuestro país.

COMPROBACIÓN CON AZUL DE METILENO Y VERDE DE INDOCIANINA ORAL PARA LA DETECCIÓN DE MICROFUGA EN ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL EN BYPASS GÁSTRICO

M. Adell Trapé¹, R. Vilallonga Puy¹, O. González López¹, J.M. García Pérez², E. Caubet Busquet¹, J.M. Balibrea Del Castillo¹, G.P. Protti Ruiz¹, J.M. Fort López-Barajas¹, M. Armengol Carrasco¹.

¹ Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona; ² Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

OBJETIVOS

La fuga anastomótica es una complicación grave en el bypass gástrico en Y de Roux (BPG) debido a que se asocia a un incremento de la morbilidad, la mortalidad y prolonga la estancia hospitalaria.¹⁻³ La tasa de fuga anastomótica del BPG está entorno al 1.14%⁴. El objetivo de este caso clínico es mostrar la utilidad de un nuevo test añadido al test convencional para detectar fuga anastomótica después de BPG.

CASO CLÍNICO

Varón de 58 años que presenta obesidad mórbida tipo II metabólica (peso 106 kg, talla 170 cm, IMC 36.7 kg/m²) con HTA, DLP, DM tipo II, IRC, FA y polineuropatía diabética como comorbilidades principales.

Se realiza intervención quirúrgica programada de BPG robótico. Se realiza la anastomosis gastroyeyunal termino- lateral manual con sutura reabsorbible trenzada y refuerzo de ambas caras con monofilamento irreabsorbible. Resto según técnica convencional.

Se realiza comprobación triple de la anastomosis mediante azul de metileno (AM) y verde de indocianina (VIC) en un primer tiempo por vía oral y, posteriormente, por vía endovenosa de VIC. Se diluye en 200 mL de suero fisiológico, media ampolla de AM y media ampolla de VIC. Se coloca una gasa limpia en contacto con la línea de grapado de la anastomosis y se inyecta la preparación a máxima presión a través de la sonda Foucher. A continuación, se observa cómo la mucosa gástrica e intestinal se tiñe de VIC por transparencia. Se observa una zona adyacente a la anastomosis teñida de forma más intensa que las áreas circundantes. Al retirar la gasa limpia de la zona de la anastomosis, ésta presenta una mancha de AM que coincide con la mancha de fluorescencia. Se confirma la presencia de una microfuga en borde izquierdo de la anastomosis gastroyeyunal que se refuerza con un punto de sutura reabsorbible. Se realiza nueva comprobación objetivando ausencia de fugas. Finalmente, se instala VIC endovenoso para test de perfusión de ambas anastomosis. El paciente realiza postoperatorio sin incidencias y es dado de alta al tercer día postoperatorio.

DISCUSIÓN

La comprobación de las anastomosis debe realizarse sistemáticamente. Existen diferentes principios como el AM, el test de aire con inmersión al agua y, menos conocido, el test de VIC oral, combinado en nuestro caso con AM. El VIC presenta dificultad para medir y cuantificar su utilidad por falta de cámaras que midan específicamente la luminosidad. Sin embargo, la extravasación de fluorescencia podría ser de utilidad. Con este principio, hemos iniciado un estudio prospectivo observacional de este test combinado con AM. Presentamos el caso positivo, confirmado con el azul acompañante. Sin embargo, en otros casos, debido a la salida de fluorescencia por pequeñas arteriolas o venitas del reservorio gástrico, podría dar una imagen de fuga que no se clarifica con el azul (falso positivo).

CONCLUSIONES

Realizar el "doble test" mediante AM y VIC transoral podría ser de utilidad. El VIC ofrece la imagen de fuga pero puede dar falsos positivos con ausencia de salida de AM. Se requiere la inclusión de más casos para analizar la utilidad del método combinado para el test.

PSEUDOACALASIA TEMPRANA TRAS SLEEVE GÁSTRICO

Vieiro Medina, María Victoria ¹; Gómez Rodríguez, María Pilar ¹; Rodríguez Cuellar, Elías ¹; Orive Aroz, Borja ¹; Martínez Caballero, Javier ¹; Díaz Pérez, David ¹; Solis Huerta, Felipe ²; De La Cruz Vigo, Felipe ³.

¹ Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ² Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles; ³ Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La acalasia se engloba dentro de los trastornos de la motilidad esofágica, donde existe una relajación incompleta o nula del esfínter esofágico inferior (EEI), acompañada o no de ausencia de motilidad esofágica. En su forma primaria, es una enfermedad neurodegenerativa que conlleva a un daño en las neuronas vagales inhibitorias a nivel de EEI. En la forma secundaria o pseudoacalasia, se han descrito múltiples causas, neoplásicas principalmente. En los últimos años, se ha visto cuadros de disfagia en pacientes tras cirugía bariátrica, las características radiográficas y/o clínicas son muy similares a una acalasia, aunque sin una clara disfunción del esfínter esofágico inferior. Se ha propuesto como causa potencial, que la zona de alta presión creada por el procedimiento de derivación o gastrectomía es suficiente para imitar otras causas de pseudoacalasia, con un patrón de manométrica similar.

CASO CLÍNICO

Varón de 41 años intervenido de obesidad mórbida (IMC: 50.65) mediante realización de gastrectomía vertical (GV). Asintomático desde el punto de vista digestivo con gastroscopia normal previo a la intervención. Acude a urgencias 2 meses después de la cirugía por cuadro de disfagia progresiva hasta llegar a líquidos, con sensación de dolor retroesternal durante la ingesta e imposibilidad de vomitar. Durante su ingreso se realizan múltiples pruebas diagnósticas (TC, TEGD, Endoscopia, gammagrafía para el estudio del vaciamiento gástrico) siendo todas normales, descartando causa mecánica, fistula, estenosis o torsión de la plastia (figura 1,2,3). Tras la realización de una manometría con impedanciometría (figura 4) se evidencia un trastorno en la relajación del EEI con tono de reposo en el límite superior (15,5 mmHg) con cuerpo esofágico de morfología y comportamiento dinámico normal. El paciente respondió de forma rápida a nitratos por vía sublingual (Dinitrato de Isosorbide), siendo dado de alta a los 5 días de iniciado del tratamiento, tras comprobación de adecuada ingesta.

DISCUSIÓN

Es conocido que la compresión extrínseca del esófago distal puede causar anomalías peristálticas que pueden evolucionar a pseudoacalasia, como es el caso de pacientes tras funduplicatura de Nissen o colocación de una banda gástrica. Sin embargo, la presentación tras cirugía bariátrica es un tema emergente. Estos pacientes por lo general no presentan obstrucción mecánica sino funcional de la unión gastroesofágica, la resistencia al flujo del bolo se puede explicar tanto por un gradiente anormal de presiones con peristalsis disminuida así como por una zona de alta presión distal creada por la propia cirugía (a nivel de la gastroyeyunostomía, gastroplastia o una GV muy estrecha). Aunque el inicio de los síntomas y el diagnóstico suelen ser años posteriores a la cirugía, en nuestro paciente se presentó de forma muy precoz. Dado que no disponíamos de manometría previa, no queda claro si el paciente presentaba dismotilidad esofágica asintomática preoperatoria. El reconocimiento de esta posible complicación es importante porque la terapia más efectiva para estos pacientes debe estar dirigida a la anomalía funcional creada por la cirugía bariátrica y no por la terapia convencional, como la miotomía. Por tal motivo, si nuestro paciente presentara nuevo empeoramiento se plantearía conversión a bypass gástrico.

FÍSTULA CARDIOGÁSTRICA COMO COMPLICACIÓN FATAL DE CIRUGÍA POR BANDA GÁSTRICA

M. Lapeña, M.C. Fernández, R. Martí, R. Alfonso, N. Cassinello, J. Ortega.

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

RESUMEN

La fistula cardiogástrica es una complicación excepcional de la cirugía esofagogástrica. Presentamos el caso de un paciente al que se le realizó retirada laparoscópica de una banda gástrica por intrusión, y acude a urgencias dos meses tras la intervención por hematemesis.

CASO CLÍNICO

Varón de 44 años intervenido de hernia cervical con rizólisis en 2014 con consumo habitual de dexketoprofeno y metamizol, y en 2008 por obesidad y hernia de hiato en otro centro realizando corrección de la hernia y colocación de banda gástrica. Fumador de 15 cigarrillos/día.

Remitido a nuestras consultas por melenas y astenia con gastroscopia que evidenciaba una úlcera gástrica Forrest IIb en cara posterior con intrusión de la banda en un extremo.

Se completó estudio con un tránsito esófago-gástrico-duodenal (TEGD) y un TC abdomino-pélvico que mostraban banda infradiaphragmática con bolsa gástrica por encima de ella herniada. Evidenciaban recidiva de hernia de hiato. Ante paciente normopeso (IMC 26.67) con complicación por banda gástrica se decide intervención para retirada. En enero de 2017 se interviene evidenciando una intensa reacción inflamatoria a nivel del hiato. La banda se encuentra adherida al diafragma, con fibrosis extensa de la zona así como del tejido gástrico alrededor de la banda. Se realiza retirada, sin acceder al hiato, quedando un defecto de 2 cm en pared gástrica que se tutoriza con sonda Foley de látex dado que el tejido no permite sutura primaria. Mediante endoscopia intraoperatoria se comprueba el cierre del orificio por la sonda Foley y se coloca sonda de doble luz "Stayput" para alimentación enteral. Se deja drenaje Martí-Palanca ambiental. El 13º día se inicia dieta líquida con buena tolerancia. Durante el primer mes postoperatorio se realiza seguimiento estricto en consultas con buena evolución retirándose sonda Foley y Martí- Palanca.

En marzo, acude a urgencias por hematemesis franca. Analítica a su llegada: hemoglobina de 11.4 gr/dL, hematocrito 35% y 12300 leucocitos. Radiografía de abdomen y tórax sin hallazgos. Estable hemodinámicamente, queda en observación. 4 horas después, nuevo episodio de hematemesis con Hb 9, Hc 28%, tensión arterial 94/66 mmHg y frecuencia cardíaca de 130 lpm. Se realiza gastroscopia urgente en quirófano. Se objetiva a 45 cm de arcada dentaria en cara posterior vaso visible pulsátil colocándose clips y realizando esclerosis con adrenalina cediendo el sangrado. Sin embargo, se produce parada cardíaca irreversible con maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada.

La autopsia muestra a nivel de fundus gástrico úlcera mucosa penetrante que alcanza y perfora miocardio. A este nivel se hayan los clips de hemostasia endoscópica. Adyacente intensa fibrosis con interposición de material sintético.

CONCLUSIONES

La fistula cardiogástrica es una complicación rara y con elevada mortalidad. La mayoría de casos se relacionan con cirugías previas en el hiato, cardíacas o con uso de prótesis. Es importante sospechar esta complicación en pacientes intervenidos que presenten hematemesis franca y rápida inestabilización hemodinámica. Se produce una hemorragia cataclísmica que sólo puede solucionarse con un alto índice de sospecha, con pruebas de imagen específicas y una rápida actuación ante una situación, frecuentemente, con desenlace fatal.

CIRUGÍA DE REVISIÓN TRAS EL FRACASO DE TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS

M. Ferrer-Márquez, M.J. Solvas-Salmerón, M.J. Torrente-Sánchez, F. Rubio-Gil, A. Martínez-Amo, M. Ferrer-Ayza.

Hospital Mediterráneo, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Durante los últimos años, las técnicas endoscópicas están intentando ocupar un espacio entre las quirúrgicas en el tratamiento de la obesidad mórbida, basándose en ser técnicas menos invasivas, reversibles y económicamente menos costosas. El objetivo de este trabajo es valorar los resultados de pacientes tratados previamente con técnicas endoscópicas, que han fracasado en la pérdida ponderal y que son candidatos a tratamiento quirúrgico bariátrico.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva en el que se incluyen pacientes intervenidos de cirugía bariátrica que previamente habían sido tratados mediante técnicas endoscópicas (balón intragástrico, APOLLO, POSE) desde enero de 2011 hasta febrero 2017. Las técnicas quirúrgicas utilizadas han sido la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) y el minigastric bypass (MGB). Los pacientes han sido valorados previamente por un equipo multidisciplinar (endocrinos, nutricionistas, psicólogos y cirujanos).

RESULTADOS

Entre el total de pacientes obesos intervenidos (235), veintiún pacientes (61,5% mujeres) previamente habían intentado reducir peso mediante técnicas endoscópicas. Dieciséis de ellos con balón intragástrico, dos POSEs y tres APOLLOs. El IMC previo a la cirugía fue de 45,3 Kg/m². Entre las cirugías realizadas presentamos 12 GVL y 9 MGB. No se han presentado complicaciones intraoperatorias. La estancia hospitalaria media fue de 2 días. No se han presentado complicaciones postoperatorias en ninguno de los pacientes. Tras 12 meses de seguimiento, el % de exceso de IMC perdido ha sido de 73%.

CONCLUSIONES

La realización de cirugía bariátrica tras el fracaso de una técnica endoscópica, no supone una gran variación sobre la técnica estándar, presentando buenos resultados. Se recomienda, en cualquier caso, una técnica cuidadosa y minuciosa ya que, al igual que ocurre con la cirugía de revisión, el porcentaje de complicaciones podría aumentar en dichos pacientes. La mayoría de autores recomienda, tras el fracaso de estas técnicas, la realización de técnicas quirúrgicas mixtas para evitar un nuevo fracaso del paciente.

INFECCIÓN RESPIRATORIA E INFARTO ESPLÉNICO COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE UNA FUGA TARDÍA EN UNA GASTRECTOMÍA VERTICAL

M. Medina García, S. Alonso Gómez, D. Acín Gándara, E. Ruiz Úcar, B. Martínez Torres, M. Iturbe González, F. Pereira Pérez.

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

OBJETIVOS

La gastrectomía vertical es probablemente la técnica más utilizada en la actualidad para el tratamiento de la obesidad mórbida. Su aparente sencillez puede esconder el riesgo de complicaciones quirúrgicas graves, en algunos casos difíciles de diagnosticar o resolver.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 35 años diagnosticada de Ob. Mórbida con un IMC de 44 kg/m² al que se le había realizado una gastrectomía vertical sin complicaciones relevantes salvo el sangrado intraoperatorio de un vaso corto próximo al polo esplénico, que fue controlado sin dificultad. El postoperatorio inmediato y la revisión del primer mes habían sido completamente normales.

RESULTADOS

La paciente acudió a Urgencias en el 40º DPO por tos, fiebre y astenia de una semana de evolución, sin clínica digestiva ni dolor abdominal. En la analítica sólo destacaba una PCR 8.1 mg/dL, y una act. de Prot. de 54%. La Rx tórax era normal, aunque presenta rinorrea y secreciones verdosas. Ingresó en M. Interna por síndrome febril de probable origen respiratorio como "infección no consolidante" siendo tratada con antibioterapia y dada de alta a los diez días por aparente resolución.

Cinco días después (55 DPO) regresa a Urgencias por persistencia de la fiebre refiriendo además dificultad para la tolerancia oral. Se realizó esta vez un TAC abdominal apreciándose una colección líquida en HD y una imagen sugestiva de infarto esplénico sobreinfectado, sin extravasación del contraste oral. Descartada la posibilidad de drenaje percutáneo se planteó ingreso y tratamiento conservador. Tras una semana de antibioterapia y con aceptable tolerancia oral volvió a presentar fiebre de hasta 39º. Se repitió el TAC apreciándose una extensa abscesificación del infarto esplénico con abundante gas, y derrame pleural asociado.

Se decidió intervención quirúrgica urgente para realizar esplenectomía, exploración y drenaje de las colecciones, confirmándose la existencia de una fuga de la línea de sutura gástrica. En la misma intervención se colocó una prótesis endoluminal parcialmente recubierta con buen resultado.

CONCLUSIONES

El postoperatorio de cualquier procedimiento bariátrico debe ser considerado de una forma global, pensando en la posibilidad de una complicación quirúrgica aunque la sintomatología no la haga sospechar, e intentando descartar siempre la existencia de una fuga.

La clínica puede ser muy florida en los primeros días o cursar de una forma silente dando lugar a diagnósticos incorrectos o tardíos.

El TAC abdominal es la prueba más rentable y debería realizarse siempre que exista una duda razonable. La prótesis endoluminal parece la opción terapéutica más recomendable en estos casos.

PERITONITIS TERCIARIA POR ACHROMOBACTER XYLOSOXIDANS TRAS LA INCLUSIÓN DE UNA BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE

Martínez Caballero, J. ¹; Orive Aroz, B. ¹; Vieiro Medina, M.V. ¹; Shirai, K. ¹; Díaz Pérez, D. ¹; Gómez Rodríguez, P. ¹; Rodríguez Cuéllar, E. ¹; Ferrero Herrero, E. ¹; De La Cruz Vigo, F. ².

¹ Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ² Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

OBJETIVO

Presentar la asociación de *A. xylosoxidans* con una peritonitis terciaria tras la retirada de una banda gástrica ajustable (BGA) a consecuencia de la sobreutilización de antibióticos de amplio espectro en el tratamiento de la inclusión de la BGA.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 27 años, médico de profesión y alérgica a sulfamidas, con una BGA desde febrero de 2008 por obesidad tipo III (IMC 42 kg/m²) con un IMC actual de 26.7 kg/m².

Tras un traumatismo, presenta un hematoma alrededor del reservorio en abril de 2016 que precisa recolocación quirúrgica recibiendo tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875/125mg cada 8h 7 días. En Junio de 2016 se exterioriza el reservorio a piel siendo retirado pero manteniendo la BGA. Tras 48 horas, presenta fiebre de 38.5° y clínica bacteriémica, se realiza una TC donde se describe una reacción peritoneal en el punto de acceso del catéter y moderada cantidad de líquido libre por lo que se inicia tratamiento con ertapenem 1g/8h 7 días. Los hemocultivos fueron negativos.

Tras 15 días acude presenta dolor abdominal difuso sin peritonismo, fiebre de 39°, 17000 leucocitos/ml, PCR 7 mg/dl y procalcitonina normal. Los hemocultivos son estériles. En la TC se observa una pequeña colección pericatóter. Ante los datos de sepsis secundaria a material protésico se decide realizar una laparoscopia exploradora donde se observa una importante peritonitis del espacio supramesocólico con intensa reacción inflamatoria y múltiples colecciones purulentas. Se retira la banda gástrica y se envían muestras para cultivo.

RESULTADO

En el postoperatorio, a pesar de haber retirado la BGA, los drenajes son de aspecto turbio, y persiste la leucocitosis con reactantes de fase aguda muy elevados por lo que se solicita un cultivo del drenaje donde se aísla *Achromobacter xylosoxidans* resistente a piperacilina/tazobactam, ceftazidima, cefepime, aztreonam, imipenem, meropenem, aminoglucósidos, amikacina y sensible a ciprofloxacino y colistina. Se inicia tratamiento con una dosis única de amikacina 100 mg, tigeciclina con dosis de carga de 100 mg y 50 mg cada 12h junto con ciprofloxacino vía oral. Al 3er día la paciente presenta mejoría clínica y analítica, se desescala la antibioticoterapia permaneciendo afebril hasta el alta.

CONCLUSIÓN

- El tratamiento de la inclusión de la BGA es quirúrgico, retirando el reservorio y la BGA.
- *A. xylosoxidans* es un patógeno oportunista, seleccionado por la presión antibiótica y productor de carbapenemasas que se asocia a: inmunosupresión, infección por catéter (hemodiálisis), endocarditis, meningitis, neumonías y puede ocasionar brotes intrahospitalarios.
- La peritonitis terciaria se define como la persistencia de peritonitis tras 48 horas del tratamiento adecuado de la peritonitis secundaria asociándose generalmente microorganismos nosocomiales poco patógenos. No se han encontrado casos publicados de infección de una BGA por *A. xylosoxidans*.

COMPLICACIONES EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA A LO LARGO DE TODA UNA SERIE

M. Ferrer-Márquez, M.J. Solvas-Salmerón, E. Vidaña-Márquez, R. Belda-Lozano, A. Reina-Duarte.

Hospital Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica requiere entrenamiento y habilidad en técnicas de laparoscopia avanzada. Posiblemente la parte técnica que más destreza precisa es la realización de anastomosis y suturas intracorpóreas, sin embargo, desde el primer gesto, estos pacientes precisan de un cuidado especial en todos y cada uno de ellos, ya que sus complicaciones pueden poner el peligro su vida con facilidad. Presentamos a continuación nuestro registro de complicaciones desde que la unidad comenzó a realizar cirugía bariátrica laparoscópica.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva en el que se incluyen pacientes intervenidos por la Unidad de Cirugía Bariátrica del hospital Torrecárdenas de Almería. Los pacientes han sido valorados previamente por un equipo multidisciplinar (endocrinos, nutricionistas, psicólogos y cirujanos) y, tras comité bariátrico, han sido baremados hasta su intervención. Las técnicas realizadas por nuestro servicio han sido: gastrectomía vertical laparoscópica, bypass gástrico y minigastric bypass. La elección de la técnica la decide el cirujano bariátrico en función de las características del paciente (IMC, patología asociada...).

RESULTADOS

Desde 2011 hasta octubre de 2017 se han intervenido un total de 235 pacientes (67,8% mujeres). La edad media de la muestra ha sido de 41,9 años. El peso medio y el IMC fueron respectivamente de 133,7 kg y 46,9 kg/m². Se han realizado 136 gastrectomías verticales, 64 bypasses gástricos y 35 minigastric. Se han presentado un total de 10 complicaciones postoperatorias. Entre las gastrectomías verticales, tres fístulas en el tercio proximal, así como un sangrado y una estenosis completa que requirieron intervención (todas dentro de las primeras 50 pacientes, cuando la endocortadora utilizada no tenía tres líneas de grapas). Entre los bypasses, se ha reintenido una paciente por obstrucción secundaria a angulación del asa en el postoperatorio inmediato, así como otra por hernia interna (Petersen) fuga y fístula gastrogástrica (ambas provocadas por la presión proximal a la obstrucción). Entre los minigastric, una paciente reingresó por úlcera de boca anastomótica junto con reflujo biliar que actualmente está en tratamiento médico. Un paciente intervenido presentó perforación accidental de colon en la entrada del trocar óptico que requirió reintervención y ostomía. Todas las complicaciones se han solucionado (siete de ellas tras reintervención), sin presentar éxitus en la serie.

CONCLUSIONES

Las complicaciones tras cirugía bariátrica pueden ser muy serias y comprometer la vida del paciente. Es importante registrarlas, conocerlas y saber diagnosticarlas de forma temprana para actuar y solucionarlas lo antes posible. La curva de aprendizaje de una unidad suele presentar el mayor porcentaje de complicaciones de la serie.

TRATAMIENTO DE FÍSTULA GÁSTRICA RECIDIVADA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL

M. Pérez González, J. Martín Ramiro, J. Vázquez Echarri, J.L. Martínez Albares, J. Bernar De Oriol, P. Díaz Peña, J. González Guerreiro, I. Cervera Celdrán, R. Serrano García, N. Herrera Merino.

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

INTRODUCCIÓN

La fístula postoperatoria es la complicación más frecuente de la gastrectomía vertical y está asociada a un aumento importante de la morbimortalidad. Su incidencia se encuentra alrededor del 2,4%, y la mayoría de ellas aparece a nivel de la unión esofagogastrica.

El tratamiento puede variar desde los casos más sencillos donde el tratamiento conservador es suficiente, hasta los más complejos en los que se hace necesaria una reintervención, llegando a precisar una gastrectomía total en los casos más graves.

Recientemente se han propuesto técnicas endoscópicas como la septoplastia endoscópica y los clips Over-the-Scope (OTSC) como alternativas seguras y eficaces para el tratamiento de las fístulas postoperatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente mujer de 39 años con hipotiroidismo y ooforectomía izquierda por teratoma como antecedentes de interés, que acude a nuestro centro tras haberse colocado una banda gástrica laparoscópica 6 años antes, por presentar disfagia, reflujo gastroesofágico y dolor abdominal. Se indica una retirada de banda gástrica y gastrectomía vertical laparoscópica, que se realiza sin incidencias. En el momento de la intervención, la paciente presentaba IMC 28,7 y fue clasificada como ASA II.

Al 4º día postoperatorio la paciente presenta signos de sepsis por lo que se realiza cirugía urgente por vía abierta, evidenciándose fuga de la línea de grapas y peritonitis purulenta localizada. Se realiza sutura invaginante con comprobación de estanqueidad, así como lavado y colocación de drenajes.

Presenta una evolución lenta, precisando nutrición parenteral total y diagnosticándosele de neumonía nosocomial en LII como complicación. Es finalmente dada de alta a los 45 días de ingreso

A los 3 meses del alta, la paciente acude a Urgencias por dolor en hipocondrio izquierdo y fiebre, siendo diagnosticada de fístula postoperatoria con cavidad asociada tras haberse realizado estudio con EGD, TAC abdominal y gastroscopia. Se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro, y se realiza una septoplastia endoscópica colocándose una sonda enteral de alimentación. La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta a los 38 días de ingreso. A los 12 meses presenta una nueva recidiva de la fístula, tratándose en esta ocasión con antibioterapia intravenosa de amplio espectro y colocación de un Padlock-Clip™ Defect Closure Device por vía endoscópica, y siendo dada de alta al 32º día de ingreso.

CONCLUSIONES

La fístula postoperatoria refractaria tras una gastrectomía vertical es una entidad poco frecuente, pudiendo ser grave y en ciertas ocasiones de difícil tratamiento.

La septoplastia endoscópica es una técnica recientemente descrita con resultados prometedores para el tratamiento de esta patología, sin embargo, la tasa de fracaso de la misma esta poco documentada en la bibliografía.

Por otra parte, la colocación de clips tipo OTSC parecen ser asimismo seguros y eficaces tanto en el tratamiento primario de la fístula como para casos en los que otros tratamientos hayan fracasado.

Serían necesarios mas estudios que nos proporcionaran una mejor descripción de ambas técnicas para permitirnos incluirlas en los algoritmos terapéuticos de la fístula postoperatoria.

ESTUDIO DE LOS NIVELES DE HEPCIDINA EN LA OBESIDAD MÓRBIDA ASOCIADA CON ENFERMEDAD DE HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO (NAFLD)

T. Auguet ¹, F. Sabench ², A. Berlanga ¹, A. Molina ², G. Aragonès ¹, S. Martínez ¹, C. Aguilar ¹, J.A. Porras ¹, D. Del Castillo ², C. Richart ¹.

¹ Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona; ² Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

OBJETIVO

La enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD) es la causa más común de enfermedad hepática crónica en los países occidentales. Tanto el metabolismo del hierro como el de los lípidos parecen estar implicados en su patogénesis. Nuestro objetivo fue evaluar la relación entre los niveles de hepcidina, la principal proteína reguladora del hierro, en plasma y la presencia de NAFLD en pacientes con obesidad mórbida (OM), e investigar la asociación entre la expresión hepática del hierro y el metabolismo lipídico mediante estudio genético.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizaron técnicas enzimáticas inmunoabsorbentes para medir los niveles de hepcidina en plasma en 49 mujeres con normopeso, 23 mujeres obesas mórbidas con histología hepática normal (NL) y 46 mujeres OM con NAFLD. La expresión de ARNm de hepcidina, los principales genes relacionados con el metabolismo del hierro y los principales genes del metabolismo lipídico se cuantificaron mediante qRT-PCR en biopsias hepáticas de del grupo OM incluidos en un programa de cirugía bariátrica.

RESULTADOS

Los niveles circulantes de hepcidina fueron significativamente mayores en la OM que en las mujeres normopeso. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre las mujeres OM con NL y aquellas con NAFLD. El análisis de PCR mostró una expresión aumentada de hepcidina, FPN1, TfR1 y TfR2 en el hígado de mujeres con MO NAFLD en comparación con aquellas con NL. Además, se encontró una asociación positiva de la expresión de ARNm de hepcidina hepática y los genes relacionados con el metabolismo del hierro con algunos genes clave implicados en el metabolismo de los lípidos.

CONCLUSIÓN

Estos hallazgos sugieren que los niveles circulantes de hepcidina están asociados con la obesidad pero no con la presencia de NAFLD. Sin embargo, la expresión hepática de la hepcidina y los genes relacionados con el metabolismo del hierro parecen desempeñar un papel en la regulación de las vías metabólicas de los lípidos en el hígado, lo que tiene implicaciones nuevas en la patogénesis de NAFLD.

RESULTADOS A LARGO PLAZO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL. INFLUENCIA EN LA APARICIÓN DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

E. Fernández Segovia, J. Triguero Cabrera, A. García Navarro, S. Ercoreca Tejada, M.J. Álvarez Martín, A. Mansilla Roselló, J.M. Villar Del Moral.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

OBJETIVOS

La gastrectomía vertical (GV) ha demostrado excelentes resultados a corto, medio e incluso largo plazo, tanto en pérdida ponderal como en reducción de comorbilidades, con menos complicaciones que el bypass. Por ello, muchos grupos la contemplan como técnica única. No obstante, sus efectos sobre la aparición de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) "de novo" son aún controvertidos.

Nuestro objetivo fue describir nuestros resultados a largo plazo tras GV en pacientes con obesidad mórbida (OM) de alto riesgo y superobesos; y evaluar la incidencia de ERGE tras la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, que incluyó a pacientes sometidos a GV en nuestro centro entre enero de 2005 y diciembre de 2012. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de alto riesgo quirúrgico (IMC > 50 kg/m², comorbilidades cardiorrespiratorias graves) o patologías que desaconsejaran la realización de bypass. Las variables analizadas fueron características epidemiológicas, comorbilidades, técnica quirúrgica, porcentaje de sobrepeso perdido (PSPP), ERGE postoperatorio, tiempo de aparición y tratamiento del mismo. El tiempo de seguimiento mínimo fue de 5 años. Se excluyeron pacientes que no cumplieron dicho seguimiento. Los datos se analizaron mediante el software IBM SPSS Statistics v.20.

RESULTADOS

78 pacientes (52 mujeres y 26 varones) fueron incluidos en el estudio. La edad media fue de 42 ± 9 años. El IMC inicial medio fue de 53 ± 8, con una mediana de 54. Con respecto a las comorbilidades preoperatorias, 41 pacientes (61%) presentaron hipertensión arterial (HTA); 20 (29,5%) padecían diabetes mellitus (DM) tipo II; y 32 (47%) padecían síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHOS). El abordaje quirúrgico fue por vía abierta en 42 casos (53,8%) al principio de la serie, frente a 36 casos (46,2%) por vía laparoscópica. Se registraron el 7,8% de complicaciones en el postoperatorio inmediato que requirieron reintervención quirúrgica urgente, la mayoría por sangrado. Se evidenció resolución de la HTA en el 61%, de la DM en el 55% y del SAHOS en el 83%. El PSPP fue mayor del 70% en 43 pacientes (55,3%). Debido a pérdida insuficiente de peso, se realizó bypass en un segundo tiempo solamente a 3 pacientes (3,8%). Durante el seguimiento, la incidencia de ERGE fue del 23,1% (18 pacientes). El tiempo medio de aparición del ERGE fue de 49 meses (mínimo 2 y máximo 96 meses). El 64 % de los casos fue en cirugía abierta. En cuanto al tratamiento, el 63% fueron tratados con IBPs con buena respuesta, mientras que el resto precisaron la realización de bypass.

CONCLUSIONES

La GV es una técnica segura en pacientes de alto riesgo y ha demostrado buenos resultados a largo plazo en cuanto a pérdida de peso, así como mejoría y resolución de comorbilidades, habiéndose utilizado como técnica única para alcanzar los objetivos iniciales, en la mayor parte de los pacientes. No obstante, en nuestra muestra y tras un seguimiento prolongado de 5 años, parece favorecer la aparición de ERGE (en la mayoría de los casos tardío), con un porcentaje no despreciable de pacientes que han precisado cirugía de conversión a bypass para su tratamiento.

¿ES REALMENTE EL «MINIGASTRIC BYPASS» UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA QUE REQUIERE MENOS TIEMPO DE QUIRÓFANO?

M.J. García-Oria, J.A. Rivera, M. Artés, J. Álvarez Sánchez, R. Campos, A. Sánchez Ramos, P. Pla, J. Muñoz, L. Román, V. Sánchez Turrión.

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, Madrid.

OBJETIVOS

Analizar si en nuestro medio, la realización del “minigastric bypass” (MGB) es una técnica quirúrgica que consume menor tiempo de quirófono que el bypass gástrico en Y de Roux por laparoscopia (BPGYL).

MATERIAL Y MÉTODOS

20 pacientes obesos mórbidos, con indicación de cirugía bariátrica siguiendo los criterios de la SEEDO / SECO, que han superado el programa de estudio prequirúrgico en la Unidad de Obesidad del Hospital Universitario Puerta de Hierro, y que tenían un IMC entre 40 y 50 kg/m², han sido randomizados en dos grupos con 10 pacientes cada uno. Al primer grupo se le realizó una cirugía bariátrica con la técnica BPGYL, y al segundo grupo una técnica de MGB. El tiempo quirúrgico, así como el resto de parámetros analizados, se han registrado de manera prospectiva. El análisis estadístico se ha realizado con el test de Fisher para variables categóricas, considerando una p significativa cuando sea menor de 0.05 y un poder estadístico del 90%, y la prueba de Anova para el análisis de las variables continuas.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico medio del grupo al que se le realizó el MGB, fue de 159 minutos, mientras el tiempo quirúrgico necesario para realizar un BPGYL fue de 221 minutos, estas diferencias son significativas con una Anova F=11.02 y p=0,004.

CONCLUSIONES

En nuestro medio la duración de la intervención quirúrgica cuando se realiza un “minigastric bypass” es significativamente menor, que cuando se realiza un bypass gástrico por laparoscopia.

GASTRECTOMÍA VERTICAL COMO ALTERNATIVA SEGURA AL BYPASS GÁSTRICO. RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO CIRUGÍA BARIÁTRICA. NUESTRA EXPERIENCIA

M. Fornell Ariza, M.D.L.Á. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

OBJETIVOS

Demostrar que la gastrectomía vertical como técnica bariátrica única obtiene mejores resultados que el bypass gástrico en cuanto a la mejora de medidas antropométricas, reduce las comorbilidades y tiene un menor índice de complicaciones postquirúrgicas, con una mejora del estilo de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y comparativo. 95 pacientes, edad entre 18-65 años, período de 3 años. Todos deben cumplir el protocolo de la Unidad. Se procederá al estudio demográfico según sexo y edad. Los datos antropométricos se medirán en la consulta prequirúrgica, al mes y al año de la intervención y serán: peso, talla, IMC, porcentaje de pérdida de peso y porcentaje de IMC, porcentaje de exceso de peso perdido. Se medirá el riesgo cardiovascular por el SCORE de Framingham. La calidad de vida por la escala BAROS. Las comorbilidades a medir son la hipertensión, la diabetes, la dislipemia y el SAOS. Se medirán en frecuencias absolutas las complicaciones. Se aplicará el estudio estadístico tipo T student o Chi cuadrado considerándose estadísticamente significativo una p igual o menor a 0,05.

RESULTADOS

No existió diferencia estadísticamente significativa entre las 2 técnicas al mes de la cirugía ($p=0,83$), pero sí fueron evidentes al año de la misma ($p=0,003$). No se evidenciaron diferencias entre sexos o por grupos de edad. En complicaciones no hubieron reintervenciones o complicaciones graves en la gastrectomía (no fugas), destacando el número de sangrados; en el bypass hubieron dos reintervenciones por fuga anastomótica. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al riesgo cardiovascular ($p=0,07$). Hubo una disminución más importante en número de comorbilidades en la gastrectomía frente al bypass, con una desaparición total de pacientes con dislipemia. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la puntuación BAROS, aunque fue mayor en la gastrectomía.

CONCLUSIONES

- La gastrectomía vertical como técnica única puede considerarse superior a corto plazo, así como segura, según parámetro de calidad de la AEC.
- Consideramos necesario continuar los estudios a medio/largo plazo.

CIRUGÍA DE REVISIÓN DE BYPASS GÁSTRICO: ALARGAMIENTO DE ASA BILIO-PANCREÁTICA. REVISIÓN Y RESULTADOS INICIALES

S. Espinoza, A. Ibarzabal, J. Jiménez, D. Momblan, V. Turrado, B. De Lacy, A. De Holanda, A. Jiménez, A.M. Lacy.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El bypass gástrico Roux-en-Y (RYGB) es una de las técnicas quirúrgicas más utilizadas y con mejores resultados a largo plazo para el tratamiento de la obesidad y el control de enfermedades metabólicas. Los pacientes pueden perder hasta un 60% del exceso de peso 6 meses después de la intervención y hasta un 77% a los 12 meses. Sin embargo, el porcentaje de fracaso por reganancia de peso a largo plazo después del RYGB es del 20 a 35%. El fracaso después de la cirugía se define como la pérdida de exceso de peso (EPP) menor al 50 % durante 18 a 24 meses o un IMC mayor de 35.

Entre las causas anatómicas identificadas se encuentran las relacionadas con: tamaño del pouch, presencia de fistula gastro-gástrica, distensión de anastomosis, longitud del asa alimentaria y longitud del asa biliopancreática. La elevada incidencia de bypasses fracasados ha hecho que se desarrollen diversos procedimientos de revisión:

- Endoscópicos o quirúrgicos para actuar sobre la anastomosis.
- Alargamiento del asa alimentaria.
- Alargamiento el asa biliopancreática.

El objetivo es evaluar los resultados iniciales en Cirugía de Revisión post fracaso de bypass gástrico con la técnica de alargamiento del asa biliopancreática.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Sobre una base de datos prospectiva se analizaron 7 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica de revisión entre enero de 2016 y diciembre de 2017 con una media de seguimiento de 8 meses y una mediana de 10 meses. Se evaluaron datos demográficos, peso inicial, pérdida de peso tras la primera cirugía y la de revisión, EPP y déficits nutricionales.

RESULTADOS

El peso medio inicial de los pacientes era de 138,8 kg con un IMC de 49,8 Kg/m². El peso ideal medio se estimó en 69,7 kg, es decir, se cifró una reducción media objetivo de 69,1 kg (49,7%) casi la mitad de su peso. Tras la primera cirugía se consiguieron reducir 20,2 kg de media, lo que supuso una pérdida de peso del 14,9%, obteniendo un peso medio de 118,6 kg. Por tanto, la primera operación supuso un EPP del 30.0%.

Tras la cirugía de revisión se redujeron 18,6 kg de media, es decir, una reducción del 18,1%. Por tanto, la segunda operación supuso un EPP del 45,9%.

Los resultados obtenidos analizando ambas operaciones en conjunto, representan una reducción global de peso de 38,8 kg (28%), y una efectividad respecto la reducción de peso global objetivo del 55.4%. Se pasó de un peso medio de 138,8 kg a 100 kg, más cerca, de los 68,0 kg de media ideal con una media de seguimiento de 8 meses. Ningún paciente presentó desnutrición proteica. Un paciente tuvo que ser reintervenido de forma tardía por una suboclusión por adherencias.

CONCLUSIONES

La cirugía de alargamiento de asa biliopancreática como cirugía post fracaso de RYGB es una alternativa factible, eficaz y segura en pacientes seleccionados. A la espera de resultados a medio y largo plazo, los resultados iniciales de pérdida de peso parecen ser mejores que cualquier otro procedimiento de revisión.

LA MEDIDA DE LA ACTIVACIÓN DEL TEJIDO ADIPOSO MARRÓN MEDIANTE TERMOGRAFÍA INFRARROJA COMO HERRAMIENTA DE USO CLÍNICO EN PACIENTES CON OBESIDAD SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

A. Fernández Pujol, I. Piquer García, S. Pellitero, E. Martínez, P. Moreno, J. Tarascó, L. Herrero, D. Serra, E. Bombuy, D. Sánchez-Infantes.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

OBJETIVOS

El tejido adiposo marrón (TAM) es esencial para la termogénesis adaptativa y está disminuido en situaciones de obesidad e inflamación. Se ha observado que la actividad de TAM es inversamente proporcional al IMC, esto sugiere un posible papel protector del TAM en la obesidad.

Nuestro objetivo es analizar la actividad del TAM antes y después de una cirugía bariátrica (CB) en paciente con obesidad mórbida y comprobar la relación que existe entre la modulación de la actividad termogénica, la pérdida de peso, y la mejora metabólica de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este estudio se han incluido 15 pacientes candidatos a CB, de los cuales 10 eran mujeres y 5 hombres, con edades comprendidas entre los 20 y 62 años.

Se realizó la termografía infrarroja con una cámara FLIR T420, antes de la CB, a los 3 y 6 meses después de haberla realizado. Las imágenes se tomaron de la zona supraclavicular, primera toma basal y una segunda posterior a la estimulación del TAM mediante exposición al frío introduciendo una mano en agua a 17 °C. Se realizó la cuantificación de la variación de temperatura y del área del TAM supraclavicular. Se recopilaron también los datos clínicos de estos pacientes antes y después de la CB.

RESULTADOS

Se observó una mayor capacidad termogénica del TAM supraclavicular después de la cirugía bariátrica, así como un aumento del área identificado como TAM.

Además, los pacientes con obesidad que acudían a cirugía bariátrica mostraban mayor área de TAM cuanto menor era su IMC.

CONCLUSIONES

Se ha observado un aumento de la actividad de TAM en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Esta relación es proporcional al peso perdido, a mayor pérdida de peso, mayor actividad de TAM. La termografía infrarroja es una técnica no invasiva capaz de detectar el aumento de la termogénesis del TAM. Esta técnica puede ser una herramienta para pronosticar el éxito de la cirugía bariátrica y/o para evaluar la mejora metabólica de los pacientes, aunque se necesitan más estudios para confirmar su valor pronóstico y aplicabilidad clínica.

TWIST DE LA ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA DEL BYPASS GÁSTRICO DENTRO DEL PETERSEN

M.A. Acosta Mérida, L. Jiménez Díaz, J.A. Casimiro Pérez, I. Sánchez Guédez, J. Silvestre Rodríguez, M.D.M. Callejón Cara, M. Artilles Armas, N. Afonso Luis, L. Moreno Guerra, J. Marchena Gómez.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

OBJETIVO

Presentamos el caso, con imágenes y vídeo de una rara forma de complicación tardía tras bypass gástrico.

MATERI**AL Y****MÉTOD****OS CASO****CLÍNICO**

Varón de 37 años, que acudió a Urgencias por dolor abdominal intermitente, de diez días de evolución, que aumenta con la ingesta de determinados alimentos. Antecedente de bypass gástrico laparoscópico hace un año por obesidad mórbida, sin complicaciones. Tres días antes había ido a Urgencias por el mismo motivo, con analítica y TC abdominal sin hallazgos significativos. Regresó por persistencia del dolor.

A la exploración, el paciente está asintomático, estable, afebril, IMC 27,4. Abdomen doloroso a la palpación profunda en epigastrio, sin irritación peritoneal. Analítica normal. Nuevo TC describe conglomerado de asas de predominio en el hemiabdomen izquierdo, con signo del remolino de los vasos mesentéricos superiores sin datos de oclusión, ni perforación. La endoscopia digestiva mostró anastomosis gastroyeyunal sin alteraciones. Ante la persistencia del cuadro, se decidió revisión quirúrgica urgente mediante laparoscopia exploradora. Se encontró importante fibrosis y fijación del reservorio gástrico al borde hepático, remanente gástrico y epiplon mayor con brida amplia desde el epiplon del colon transversal y borde hepático hacia la anastomosis gastroyeyunal del bypass, que condicionaba un giro o "twist" del muñón ciego del asa yeyunal por detrás de la anastomosis y delante del colon transversal y remanente gástrico, sin signos de oclusión, ni sufrimiento, ni líquido libre, ni dilatación de asas. La técnica quirúrgica consistió en liberación completa y laboriosa de la anastomosis gastroyeyunal, tanto de la brida que condicionaba el twist, como del resto de adherencias fibrosas a las estructuras circundantes, para anatomización completa. Paso de sonda de Fouché gruesa para tutorización de la anastomosis gastroentérica y sección guiada del muñón ciego, de la anastomosis gástrica y de la enteroentérica, cierre del ojal de Petersen y refuerzo del ojal mesentérico. El paciente fue dado de alta al 5º día postoperatorio sin complicaciones.

RESULT**ADOS****DISCUSI****ÓN**

Este caso presenta una rara causa de torsión de la anastomosis gastroentérica del bypass gástrico, que condiciona un acodamiento de la misma dentro del ojal del Petersen, con punto de tracción desde el muñón ciego yeyunal, por área firme de fibrosis.

Se han descrito cuadros clínicos similares relacionados con alteraciones altas perianastomóticas como el "síndrome del candy cane", la confección rotada de la anastomosis, la estenosis o la úlcera.

La persistencia de la clínica aun sin anomalías analíticas ni radiológicas evidentes, nos debe poner en alerta, sobre la necesidad de revisión quirúrgica.

Sólo la laparoscopia exploradora pudo diagnosticar el problema y solucionarlo en el mismo acto.

CONCLUSIÓN

La inespecificidad de la clínica, analítica y de las pruebas de imagen puede dificultar y retrasar el diagnóstico de complicaciones tras cirugía bariátrica, por lo que el estado de alerta ante cualquier indicio es fundamental para el correcto manejo de estos pacientes.

En ocasiones, la única forma fidedigna de diagnosticar y solucionar correctamente el cuadro es la revisión quirúrgica. Ésta puede ser técnicamente muy demandante y es preferible que sea realizada por un cirujano con experiencia en cirugía bariátrica.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE UNA ÚLCERA MARGINAL PERFORADA COMPLICADA CON DERRAME PLEURAL MASIVO

A. García Muñoz-Najar, C. Ferrigni González, J. González González, J. Ruiz Tovar, P. Artuñedo Pe, B. Laiz Díaz, D. Alias Jiménez, C. Levano Linares, G. Díaz García, M. Durán Poveda.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

INTRODUCCIÓN

El bypass gástrico es el gold standard en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. La úlcera marginal o úlcera de boca anastomótica es una complicación cuya incidencia varía según las distintas series entre el 0,6 hasta el 25%. Recientes estudios han planteado que la utilización de materiales de sutura irreabsorbibles, el hábito tabáquico, el consumo de AINEs y la infección por *Helicobacter pylori* pueden estar implicados en su etiopatogenia. Presentamos el video de un caso de una paciente intervenida de obesidad mórbida 2 años antes, realizando un bypass gástrico y que posteriormente presenta una úlcera marginal con perforación y derrame pleural masivo.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 50 años de edad que tras 2 años de haberse hecho un bypass gástrico presenta una úlcera marginal perforada produciendo un derrame pleural masivo. El manejo en un principio fue conservador con nutrición parenteral, perfusión de bomba de IBP y drenaje torácico cerrado del derrame. Posteriormente se hizo un abordaje laparoscópico para realizar una degastrogastrectomía, recalibración del reservorio gástrico y extirpación del remanente gástrico.

DISCUSIÓN

La perforación de la úlcera marginal es una situación grave que suele requerir una reoperación, por lo que se deben hacer todos los esfuerzos para evitar esta complicación. La probabilidad de perforación de una úlcera marginal es baja, describiéndose una prevalencia entre un 0,4 a 0,8%. La mayoría de los casos es una situación que requiere una cirugía urgente, en nuestro caso la cirugía se hizo de forma electiva dada la situación clínica estable de la paciente. Además, revisada la literatura médica, no hemos encontrado casos parecidos al nuestro que se presente un derrame pleural masivo secundario a una úlcera marginal perforada. En lo que se refiere a la técnica quirúrgica decidimos hacer una degastrogastrectomía ya que el reservorio nos pareció largo que podría ser uno de los factores origen de la úlcera, aunque muchos autores preconizan sutura simple de la úlcera y el hecho de extirpar el remanente gástrico lo llevamos a cabo por las dudas de existir una úlcera en dicho remanente.

CONCLUSIONES

La perforación de la úlcera marginal es una complicación grave en un paciente operado mediante un bypass gástrico, y el abordaje laparoscópico debe tenerse muy en cuenta, tanto cuando se trate de una urgencia como en cirugía electiva.

RETIRADA DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE Y CONVERSIÓN EN UN SOLO TIEMPO A BYPASS GÁSTRICO DE UNA SOLA ANASTOMOSIS, POR REGANANCIA DE PESO, INTOLERANCIA ORAL, MEGAESÓFAGO

A. Solar Peche¹, M.A. Carbajo Caballero², J. Ruiz-Tovar Polo³, J. Ortiz De Solorzano², J.M. Jiménez Pérez².

¹ Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima- La Victoria; ² Centro de Excelencia para el Estudio y Tratamiento de la Obesidad y la Diabetes, Valladolid; ³ Centro de Excelencia para el Estudio y Tratamiento de la Obesidad y la Diabetes, Valladolid.

La colocación de Bandas Gástricas Ajustables en los últimos años ha disminuido y se han reportado múltiples complicaciones como: Perforación, erosión, dilatación del reservorio gástrico, deslizamiento, intolerancia a los alimentos disminuyendo la calidad de vida del paciente, dilatación esofágica, complicaciones de los puertos, esofagitis y la reganancia de peso por la adaptación al mecanismo restrictivo que ofrece la Banda. El manejo de las complicaciones refractarias a tratamiento médico se puede realizar de forma segura por vía laparoscópica obligando a su retirada y llevando a reganancia de peso en muchos de los casos. La gran mayoría de dichas intervenciones se complementan con la realización de otro procedimiento Bariátrico alternativo en un segundo tiempo, dejando un intervalo promedio entre cirugías desde 8 semanas hasta 6 meses en algunos grupos más conservadores. Nosotros realizamos dicho procedimiento en un solo tiempo, debido a la seguridad que nos brinda las EndoGIA tri-staples, y la I-Drive (Medtronic, USA) para la realización de la Cirugía Bariátrica y Metabólica, teniendo en consideración el tejido donde se realizan dichas suturas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años acude a la consulta por presentar reganancia de peso (IMC 35.5 Kg/m²) tras haberse colocado una Banda Gástrica Ajustable en otro Centro 3 años antes. La paciente refiere intolerancia oral a sólidos, lo que la obliga a ingerir sus alimentos licuados. Además desde hace 1 año presenta pirosis y dolor crónico en epigastrio que se irradia a espalda y hacia hombro Izquierdo; dentro de los exámenes que se le realiza, en la Radiografía de EED (esófago-estómago-duodeno) se evidencia megaesófago, y en la Endoscopia Alta se aprecia esofagitis sin evidencia de erosión de la Banda al Estómago.

Se le realiza Laparoscopia evidenciando adherencias múltiples en cuadrante superior izquierdo, banda gástrica adherida al hígado, se procede a liberación de adherencias y retirada de Banda Gástrica Ajustable mediante bisturí armónico (Sonicision, Medtronic, USA), y se decide realizar el Bypass Gástrico de una sola anastomosis (Técnica Dr-Carbajo) con I-Drive y EndoGIA tri-staple de carga morada (Medtronic, USA), evitando realizar el grapado en la zona de fibrosis esófago-gástrica donde estuvo la Banda Gástrica, se procede a contaje total del intestino delgado y se deja un Asa Biliopancreática de 280 cm y Asa Común de 200 cm, se realiza prueba de estanqueidad con aire que resultó negativa y se procede a dejar drenaje subhepático. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta a las 24 horas de la cirugía. El drenaje se retiró a los 7 días sin mayor interurrencias y con buen progreso de la tolerancia oral.

REPARACIÓN DE HERNIA HIATAL GIGANTE Y BYPASS GÁSTRICO DE UNA SOLA ANASTOMOSIS

A. Solar Peche ¹, M.A. Carbajo Caballero ², J. Ruiz-Tovar Polo ², J. Ortiz De Solorzano ², J.M. Jiménez Pérez ².

¹ Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima- La Victoria; ² Centro de Excelencia para el Estudio y Tratamiento de la Obesidad y la Diabetes, Valladolid.

La hernia Hiatal se clasifica en 4 tipos: el 90% son tipo I por deslizamiento y el 5% son tipo II o paraesofágicas, en menor porcentaje las tipo III o mixtas donde tanto la unión gastroesofágica como el fundus del Estómago se encuentran sobre el diafragma migrando al mediastino y las tipo IV donde se encuentra también otro órgano como colon o bazo herniado. El termino gigante se utiliza cuando más del 30% del estómago esta ascendido por encima del diafragma como el caso presentado. La hernia hiatal se presenta en pacientes con Obesidad en un alto porcentaje y la incidencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) está relacionada estrechamente. La recomendación de tratamiento quirúrgico para la Hernia Hiatal en pacientes con obesidad morbida, es en mayor medida realizar una cirugía bariátrica que una funduplicatura. De los procedimientos de cirugía bariátrica, el Bypass Gastrico de una sola anastomosis nos ofrece un mecanismo antireflujo eficaz, surgiendo como una alternativa para la solución de ambas enfermedades y las comorbilidades de la Obesidad. La utilización de malla reabsorbible con fijación de cola de fibrina como alternativa al peligroso uso de tackers y el cierre de los pilares son opciones para la reparación del defecto.

CASO CLÍNICO

Mujer de 54 años presentó Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico desde el 2010 tras colocación de un Balón Intragástrico durante 6 meses en otro Centro, perdiendo aproximadamente 15 kilos (IMC inicial: 40 Kg/m²) y no presentaba ninguna otra comorbilidad. A los 4 años acude a la consulta con IMC de 41 Kg/m², Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico, Diabetes Tipo II, Hipertensión Arterial, esteatosis hepática, SAOS y Síndrome Metabólico. Se le realiza un tránsito EGD (Esofago-Gastro-Duodeno) y se evidencia una Hernia Hiatal paraesofágica gigante. Se le realiza Laparoscopia evidenciando Hernia Hiatal Gigante. Se procede a reducción, mediante bisturí armónico (Sonicision, Medtronic, USA), del saco herniario que contenía fundus Gástrico, y se realiza Bypass Gástrico de una sola anastomosis (Técnica Dr-Carbajo). Se procede a contaje total del intestino delgado y se deja un Asa Biliopancreatica de 270 cm y Asa Común de 170 cm. Se procede a cierre del defecto herniario con malla reabsorbible y se fija con puntos de ac. poliglicolico 2/0 a ambos pilares diafragmáticos, se realiza prueba de estanqueidad con aire negativa y se procede a dejar drenaje subhepático. La evolución del postoperatorio inmediato fue sin interurrencias. La paciente a los 6 meses alcanzó IMC: 25Kg/m², los síntomas de reflujo Gastroesofágico habían remitido, y todas las comorbilidades se habían resuelto, a los 2 años y 6 meses mantiene IMC 25 Kg/m², con estado nutricional adecuado.

CIERRE DE PILARES COMO TÉCNICA ANTIRREFLUJO EN PACIENTE CON GASTRECTOMÍA TUBULAR PREVIA

Á. Sobrino Grande, C. Infante Gonzalo, C. Gamó Albero, L. Casalduero García, C. Bustamante Recuenco, M. Cendrero Martín, A. Hernández Matías, A. Bertomeu García, J.C. Ruiz De Adana Belbel, J.M. Jover Navalóm.

Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Pese a que el bypass gástrico laparoscópico (BPGL) se considera el Gold Standard en Cirugía Bariátrica, es importante no olvidar sus posibles “contraindicaciones”, debiendo optar por otras técnicas con buenos resultados, como la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL): Múltiples cirugías abdominales previas, patología gástrica que requiere estudio continuado, antecedentes familiares de patología gástrica maligna, consumo de múltiples fármacos, patología renal grave...

El reflujo gastro-esofágico (RGE) es uno de los síntomas más frecuentes tras la realización de una GVL. Parece existir un consenso en cuanto al tratamiento mediante BPGL de pacientes intervenidos de GVL con RGE que presenten mal control mediante tratamiento médico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 50 años (86 kg, 155 cm, IMC 35,8). Antecedentes personales de hipotiroidismo primario autoinmune (controlado con tratamiento sustitutivo), hipercolesterolemia y dolor crónico cervical y lumbar secundario a aplastamientos vertebrales por accidente de tráfico hace años (detonante del aumento de peso). Tiene un hermano con cáncer gástrico T3N1M1.

Endoscopia Digestiva Alta (EDA) preoperatoria: Pangastritis crónica atrófica y múltiples pólipos diminutos en fundus (benignos en la anatomía patológica).

Por todo ello se decide llevar a cabo una GVL, con un postoperatorio a corto y largo plazo favorable.

A los 3 años la paciente refiere clínica de reflujo gastroesofágico (RGE), imposible de controlar mediante tratamiento médico. En nueva EDA se objetivan cambios postquirúrgicos, pangastritis crónica y hernia de hiato por deslizamiento. Dados los antecedentes se descarta el BPGL como tratamiento del RGE (imposibilidad de seguimiento del remanente gástrico), llevándose a cabo mediante vía laparoscópica una reducción de la plastia gástrica herniada, cierre de pilares tutorizado con sonda 36F y fijación del estómago a ambos pilares diafragmáticos y la fascia preaórtica. Existe dilatación de la plastia a nivel del antro, seccionándose longitudinalmente con endograpadora.

La paciente se encuentra a día de hoy asintomática desde el punto de vista del RGE.

RESULTADOS

La presencia pre-intraoperatoria de hernia de hiato y RGE, en principio, no contraindica la realización de una GVL de inicio, realizándose reparación de la hernia si fuese necesario; no se recomienda este tratamiento en un segundo tiempo para manejo de REG “de novo” tras dicha intervención.

A los 5 años de seguimiento, un 15-25% de los pacientes sometidos a GVL desarrollará una ERGE “de novo”, ausente en la anamnesis inicial, a pesar del exceso de peso perdido, siendo la comorbilidad con menor tasa de mejoría. Si existe mal control de la ERGE mediante tratamiento médico, se recomienda la realización de un BPGL con excelentes resultados de la misma.

CONCLUSIONES

No hay duda de que la primera opción quirúrgica en pacientes con ERGE de mal control médico sometido a GVL debe ser la conversión de la técnica bariátrica a BPGL, con resultados excelentes.

Sin embargo, no deben desdeñarse los importantes AP de algunos pacientes, y ser conscientes de que un BPGL imposibilita el seguimiento endoscópico del remanente gástrico. Por ello puede plantearse el cierre de pilares y la fijación de la plastia gástrica a los mismos y la fascia preaórtica en un segundo tiempo.

MANEJO DE LA FÍSTULA DEL ÁNGULO DE HIS TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL. CONVERSIÓN A BYPASS GÁSTRICO

R. Rodríguez Uría¹, S. Sanz Navarro², D. Fernández Martínez², A. Rodríguez Infante², M. Moreno Gijón¹, S. Amoza País¹, T. Díaz Vico¹, J.L. Rodicio Miravalles¹, E.O. Turienzo Santos¹, L. Sanz Álvarez¹.

¹ Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; ² Hospital Universitario San Agustín, Avilés.

INTRODUCCIÓN

La fístula del ángulo de His es la principal complicación de la gastrectomía vertical (GV), y suele estar condicionada por una hiperpresión intragástrica y/o dificultad para el vaciamiento gástrico.

Existen varias opciones de tratamiento. Presentamos el siguiente caso clínico, que finalmente precisó cirugía.

CASO CLÍNICO

Varón de 54 años (IMC 44) intervenido de GV laparoscópica con buena evolución. Unas horas tras el alta acude a Urgencias por dolor epigástrico; en TC abdomen se objetiva contraste extraluminal. Se realiza laparoscopia exploradora visualizando dehiscencia de 1 cm a nivel del ángulo de His; se llevan a cabo lavados de la cavidad y colocación de drenaje.

Con la fístula drenada se opta, de entrada, por tratamiento conservador. Se inicia antibioterapia de amplio espectro y nutrición enteral por sonda nasoyeyunal. En TC control, a la 6ª semana de la cirugía, se objetiva abundante gas adyacente al catéter de drenaje.

Ante la persistencia de la fístula se plantea tratamiento endoscópico: se coloca un Ovesco®, pero al persistir drenaje fistuloso en la misma cuantía, se realiza posteriormente inyección de Tissucol y colocación de endoprótesis recubierta. Con la prótesis el paciente presenta dolor epigástrico persistente, náuseas, vómitos, y cierto grado de disfagia; además requiere en 2 ocasiones recolocación de la prótesis por migración distal. En cuanto al débito fistuloso disminuye, pero en TC control se comprueba la persistencia de la fístula con fuga de contraste.

Se retira la prótesis con mejoría clínica inmediata, y se optimiza de cara a la cirugía programada: reinicio de NE y disminución de dosis de HBPM (había requerido enoxaparina 120 mg cada 12 horas por tromboflebitis de la vena yugular derecha). Durante este tiempo de optimización el débito del drenaje se reduce hasta ser nulo; se comprueba en TC y EGD el cierre de la fístula. No obstante se indica la cirugía, ya que en el EGD existe sospecha de estenosis a nivel de la incisura angularis y reflujo gastroesofágico importante.

Se realiza de nuevo abordaje laparoscópico, objetivando ángulo de His con epiplón adherido, y adherencia firme del cuerpo gástrico a cara inferior del hígado, probablemente por granuloma en extremo de la sutura barbada, que condiciona torsión del tubo gástrico; no se evidencia clara estenosis a nivel de la incisura. Ante los hallazgos se decide conversión a bypass gástrico. Evolución postoperatoria favorable.

DISCUSIÓN

La fístula del ángulo de His es la complicación más temida tras GV. Para evitarla es fundamental que no exista hiperpresión intragástrica; en nuestro caso la torsión del tubo gástrico secundaria a la adherencia de la sutura barbada al hígado pudo ser causa de la fístula o, al menos, perpetuarla en el tiempo.

El uso de endoprótesis recubiertas está considerado el tratamiento de elección en este tipo de fístulas. No obstante a veces es necesario plantear tratamiento quirúrgico, como en este caso en el que la tolerancia a la prótesis fue mala. La conversión a bypass gástrico fue resolutoria, ya que el orificio fistuloso estaba cerrado y la anastomosis reservorio-yeyunal facilita el vaciamiento y reduce la presión intragástrica.

ASPECTOS TÉCNICOS DE LA CIRUGÍA DE REVISIÓN DE BYPASS GÁSTRICO POR DOLOR POSTPRANDIAL ASOCIADO A SÍNDROME DE CANDY CANE

S. Sánchez-Cordero¹, M. Molinete², R. Vilallonga².

¹ Hospital de Barcelona - SCIAS, Barcelona; ² Hospital de Barcelona - SCIAS, Barcelona.

El by-pass gástrico (BPG) es una técnica estandarizada en cirugía de la obesidad que incluye un reservorio pequeño, una asa alimentaria anastomosada al reservorio y una pequeña asa ciega. La pérdida inadecuada de peso, la re ganancia, el dolor y la polifagia pueden ser motivos, entre otros, de revisión de un BPG.

Presentamos un paciente de 57 años, portador de un BPG realizado hacia 2 años, y que requirió una nueva laparoscopia por dolor epigástrico en la que se realizó adhesiolisis a nivel del pouch de acuerdo con los informes previos. El paciente presentaba un IMC de 31 Kg/m². Una Fibrogastroscoopia y un tránsito posterior mostraron un pouch grande que se sospechó por las características del dolor y la presencia de un Candy-cane (o asa ciega larga a nivel de la gastro-entero anastomosis). No presentaba hernia de hiato. Se propone la tercera revisión completa laparoscópica del BPG.

El objetivo es mostrar los pasos técnicos de una revisión de BPG completa incluyendo reanatomización de todas las estructuras, disección completa del remanente gástrico, identificación de asa ciega, disección de la misma, revisión de reservorio gástrico con valoración intraoperatoria de su volumen, resección de pouch gástrico, del Candy-cane y control hemorrágico de colaterales de arteria esplénica. En el video se muestran los puntos críticos de una cirugía de revisión de este tipo.

ABORDAJE RETROGÁSTRICO EN LA GASTRECTOMÍA VERTICAL A TRAVÉS DE TRES PUERTOS

S. Sánchez-Cordero, M. Molinete, R. Vilallonga.

Hospital de Barcelona - SCIAS, Barcelona.

Hoy en día, la gastrectomía vertical es una técnica quirúrgica con una aplicación creciente en cirugía bariátrica. Proponemos, en casos seleccionados, los detalles del abordaje retrogástrico para realizar una gastrectomía vertical laparoscópica (SG).

TÉCNICA

Colocado en posición francesa, se posiciona un trocar de 11 mm para la óptica de 30° a aproximadamente 11 cm del proceso xifoideo, 4 cm a la izquierda de la línea media, y se inicia el neumoperitoneo. Se coloca un puerto periumbilical derecho de 12 mm y otro puerto de 12 mm en el hipocondrio izquierdo para la introducción de la endograpadora.

Para el abordaje retrogástrico, se realiza una apertura mínima de la curvatura mayor para acceder al saco menor. Una vez en el espacio retrogástrico, la mano izquierda del cirujano reemplaza el cuarto trocar estándar como un retractor hepático, levantando el lóbulo izquierdo del hígado y todo el fondo gástrico, disminuyendo también el riesgo de lesión hepática.

Se identifican en este punto los vasos cortos expuestos en posición vertical y se realiza una sección completa hasta el pilar izquierdo. Un tubo de 37F se inserta en el píloro. Luego se secciona el estómago, respetando 2 principios: Primero, se debe evitar una estenosis de la incisura angularis. Al grapar desde la izquierda, el dispositivo será paralelo a la curvatura menor. En segundo lugar, debemos reseca todo el fondo gástrico, evitando dejar una pequeña porción de fondo.

Esta técnica se puede utilizar en casos seleccionados cuando el hígado puede dar una mala visión del hiato, pacientes con un IMC más bajo o distribución ginecológica de grasa.

CONCLUSIÓN

- El abordaje posterior del ángulo de His mediante el abordaje retrogástrico puede mejorar la visualización de la disección de los vasos gástricos cortos y facilita la movilización adecuada del estómago alrededor del pilar izquierdo, lo que permite la realización segura y eficiente de la gastrectomía vertical.
- Los 2 factores de riesgo de fuga son la estenosis en la incisura angular y el grapado cerca del esófago en el ángulo de His.

CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN DE ASA ALIMENTARIA EN PACIENTE CON BPGL

C.L. León Gámez, M.J. García-Oria Serrano, J.L. Lucena De La Poza, D. González Plo, A. Sánchez Ramos, A. García Pavía, L. Román García De León, X. Remírez Arriaga, X. Rial Justo, V. Sánchez Turrión.

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

OBJETIVOS

Presentamos las imágenes videolaparoscópicas de un caso inusual de obstrucción tardía del asa alimentaria, tras bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux. El caso se resolvió también por vía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 53 años, intervenida por obesidad mórbida (IMC 42kg/m²) a la que se realizó un bypass gástrico laparoscópico simplificado (Técnica de Almino) con un reservorio gástrico de unos 20 ml, un asa alimentaria de 150 cm antecólica y un asa biliar de 120 cm. El orificio mesentérico y el espacio de Petersen se cerraron con seda. Para evitar la torsión del asa alimentaria, se realizó una fijación de la misma al antro gástrico con un punto de seda. La paciente presentó buena evolución con un IMC actual tras cuatro años de seguimiento de 27 kg/m².

Sin embargo, acude a Urgencias en ese momento del seguimiento por un cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio y vómitos de 5 días de evolución. En los análisis destaca leucocitosis y una elevación de proteína C reactiva. En la radiografía de abdomen tras administración de contraste oral se objetiva un cambio brusco de calibre del asa alimentaria con dilatación proximal, y lo mismo se aprecia en la TC de abdomen, a aproximadamente 8 cm de la anastomosis gastroyeyunal.

Ante los hallazgos, se indica cirugía urgente realizando laparoscopia exploradora. Se evidencia una brida coincidiendo con el punto de seda que se usó para evitar la torsión del asa alimentaria, desde el estómago excluido hasta el asa alimentaria que condiciona obstrucción de la misma y sufrimiento parcial de la pared intestinal traccionada. Se realiza sección de la brida y sutura invaginante del área de intestino delgado afectada.

RESULTADOS

La duración de la cirugía fue de 90 minutos. La pérdida hemática aproximada de 20 ml. La paciente evolucionó favorablemente, con tolerancia oral progresiva y buen tránsito intestinal, sin complicaciones. Al mes de la cirugía presenta buen estado clínico.

CONCLUSIONES

En pacientes sometidos a bypass gástrico para tratar la obesidad, un punto de fijación del asa alimentaria al estómago excluido para evitar torsiones, puede provocar una obstrucción intestinal tardía, poniendo en peligro la vida del paciente.

En nuestro caso dicha obstrucción pudo resolverse satisfactoriamente por laparoscopia.

CIRUGÍA REVISIONAL POST FRACASO BPGYR. ALARGAMIENTO ASA BILIOPANCREÁTICA

J. Jiménez, A. Ibarzabal, S. Espinoza Villalobos, D. Momblan, V. Turrado, B. De Lacy, E. Villegas, A. Lacy.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

OBJETIVOS

La reganancia ponderal post Bypass gástrico es una situación compleja que requiere una revisión exhaustiva de la cirugía primaria y diagnóstico diferencial de las diversas causas del fracaso. Presentamos un caso clínico de una paciente a la que se le realizó un bypass gástrico con reganancia posterior por lo que se decide realizar un bypass distal a expensas del asa biliopancreática, procedimiento que se realiza en nuestro centro desde el año 2016 con buenos resultados de pérdida de peso a corto plazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de una paciente mujer de 40 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial e hiperreactividad bronquial. Como antecedentes quirúrgicos la paciente presentaba una apendicectomía y un bypass gástrico (BPG) que fue realizado en 2007. La paciente presentaba un peso inicial de 110 Kg con pérdida hasta 75 Kg y reganancia posterior hasta 117 Kg con un índice de masa corporal (IMC) de 41 Kg/m² pre revisión. Como estudio preoperatorio se realizó una fibrogastroscoopia y un tránsito esofagogastroduodenal que descartaron la presencia de fístula gastro-gástrica.

En esta comunicación mostramos la técnica quirúrgica de la cirugía de revisión que realizamos en el Hospital Clínic de Barcelona en pacientes con fracaso en la pérdida de peso post BPG. En este procedimiento se realiza una disminución de la longitud de la superficie de absorción del intestino delgado dejando un asa biliopancreática más larga y un asa común a 150 cm de la válvula ileocecal.

RESULTADOS

El paciente se coloca en posición decúbito supino con las piernas separadas y con ambos brazos en abducción (posición francesa). El cirujano y el asistente con la cámara están a la izquierda del paciente y el otro asistente entre las piernas de éste. Se usaron un total de 4 trocares; uno de 12 mm en mesogastrio, un trocar de 5 mm en hipogastrio/fosa iliaca izquierda, un trocar de 12 mm en el flanco izquierdo y otro de 12 mm en el hipocondrio izquierdo. El procedimiento comienza con la identificación y medición del asa alimentaria. Posteriormente se localiza la válvula ileocecal y se miden 150 cm de forma retrógrada marcando con un clip el lado proximal y con un punto el lado distal. Se realiza la sección del asa alimentaria proximal a la yeyuno-yeyunoanastomosis mediante una endograpadora lineal carga blanca (EndoGIA, Covidien®). Se realiza anastomosis mecánica yeyuno-ileal latero- lateral (con sutura mecánica y una sutura de Vicryl (Ethicon®) de 2/0 para el cierre de la enterotomía). El defecto mesentérico recién creado se cierra con una sutura irreabsorbible de Prolene (Ethicon®). El tiempo quirúrgico fue de 62 minutos. La paciente comenzó la ingesta oral al día siguiente de la cirugía y fue dada de alta al segundo día postoperatorio sin complicaciones.

CONCLUSIONES

La técnica de revisión del bypass gástrico con alargamiento del asa biliopancreática es una técnica sencilla y segura.

PREVENCIÓN DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LA GASTRECTOMÍA TUBULAR VERTICAL: “PEXIA CON EL LIGAMENTO REDONDO SEGÚN TÉCNICA DE NARBONA”

A. Balletero, M. Cuadrado, J. Barquín, P. Priego, F. García-Moreno, P. Carda, J. Galindo.

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

OBJETIVOS

La enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes con obesidad mórbida tras gastrectomía tubular está presente hasta en el 50% de los casos. Presentamos la técnica de cardiopexia con ligamento redondo como método preventivo de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

La indicación de gastrectomía tubular por obesidad mórbida en nuestro centro excluye a aquellos pacientes que presentan clínica por reflujo gastroesofágico o presencia en pruebas de imagen de hernia hiato. Se ha seleccionado de forma aleatoria a 4 pacientes (2 varones/2 mujeres) que no presentaban sintomatología previa por reflujo gastroesofágico o hernia de hiato en pruebas complementarias. La edad media de la muestra son los 42 años con un IMC medio de 44 kg/m².

Mediante abordaje laparoscópico con aguja de Veress y 5 trócares (1 de 11mm, 2 de 12 mm y 2 de 5 mm) se ha realizado disección de ligamento redondo a nivel umbilical hasta la confluencia con ambos lóbulos hepáticos con disector ultrasónico. Se ha abordado el hiato mediante sección de la pars flácida del ligamento gastrohepático y tras identificación del pilar izquierdo diafragmático, se ha realizado el paso retroesofágico del ligamento redondo. Tras realizar una valva con el mismo en la unión gastroesofágica, se ha fijado con puntos sueltos no absorbibles. Una vez finalizada dicho procedimiento se ha dispuesto a realizar la gastrectomía tubular mediante técnica habitual.

RESULTADOS

El tiempo medio de intervención quirúrgica fue de 98 minutos. No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. El tiempo medio de estancia hospitalaria postoperatoria fue de 2,25 días. El seguimiento medio ha sido de 152 días. Ninguno de los pacientes ha presentado clínica por reflujo durante el seguimiento.

CONCLUSIONES

La enfermedad por reflujo gastroesofágico tras gastrectomía tubular ha supuesto un problema en el seguimiento a largo plazo de estos pacientes. Con nuestro estudio preliminar queremos diseñar un estudio prospectivo doble ciego para conocer la efectividad de esta técnica como método de prevención de la enfermedad por reflujo en estos pacientes.

CONFIRMACIÓN DE LA RELEVANCIA DE LA LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN LAS COMPLICACIONES RARAS DEL BYPASS GÁSTRICO: OBSTRUCCIÓN DEL ASA ALIMENTARIA POR UN “CANDY CANE”

A. García Muñoz-Najar, J. González González, J. Ruiz-Tovar, C. Ferrigni González, B. Manso Abajo, A. Paniagua, L. Bartolomé, B. Laiz Diez, P. López Fernández, M. Duran Poveda.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

INTRODUCCIÓN

El Bypass gástrico en Y de Roux es la técnica quirúrgica bariátrica que más frecuentemente se realiza en el mundo. A pesar de su efectividad, algunos pacientes presentan náuseas, vómitos y dolor epigástrico. A menudo estos síntomas son debidos a intolerancia alimentaria transitoria, ingesta en exceso o alteraciones anatómicas tales como estenosis de la anastomosis o la presencia de una úlcera marginal. Para llegar al diagnóstico de la causa de estos síntomas, generalmente estos pacientes son sometidos a exploraciones como son la endoscopia alta y estudios baritados. El síndrome del bastón de caramelo (“Candy cane”) es una situación clínica postoperatoria distinta a las causas anteriores y se refiere a la presencia de una longitud excesiva del asa ciega aferente distal a la anastomosis junto con dolor epigástrico postprandial que generalmente remite con el vómito, ya que existe una hipótesis que debido a una elongación del asa eferente con el tiempo o la confección del mismo asa larga en el momento de la operación, la comida se atasca produciendo estos síntomas. En este caso el asa aferente al ser más larga de lo habitual ha creado unas adherencias retrayendo y angulando el asa alimentaria produciendo esta sintomatología.

CASO CLÍNICO

Paciente de 39 años de edad que hace 3 años fue intervenido por obesidad mórbida realizando un bypass gástrico (AA150/AB60) con un IMC 42. La pérdida de peso ha sido muy efectiva con un %EPP de 110%. Hace 5 meses presenta vómitos, intolerancia a sólidos y sensación de dificultad al paso de alimento en región epigástrica de forma progresiva. En el estudio del cuadro el estudio gastrointestinal objetiva una distensión difusa del asa alimentaria, con disminución de su peristaltismo habitual y en la gastroscopia se observa un asa aferente, que se encuentra discretamente dilatada con una marcada angulación que permite la progresión del endoscopio con dificultad, sin identificar lesiones tras su paso. Ante la persistencia del cuadro se decide laparoscopia exploradora. En el acto quirúrgico se apreció un asa aferente largo que estaba adherido al asa alimentaria, la retraía y le ocasionaba una angulación de la trayectoria siendo esta la causa de la obstrucción. En el video se detalla la técnica de liberación de la causa de obstrucción. Actualmente el paciente no presenta más intolerancia ni vómitos.

CONCLUSIÓN

Creemos que estamos ante un tipo de complicación obstructiva rara, que no existe constancia en la revisión bibliográfica, debido al llamado “Candy cane” como causa de obstrucción intestinal. Además la laparoscopia exploradora en pacientes intervenidos de obesidad mórbida es una herramienta valiosa para el diagnóstico y tratamiento para estos casos poco frecuentes.

MEGAESÓFAGO SECUNDARIO A ESTENOSIS POST GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

C. Díaz Lara, M. Díez Tabernilla, I. Oller, A. Arroyo Sebastián.

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

OBJETIVOS

La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) ha surgido como una técnica quirúrgica restrictiva reproducible y efectiva para la pérdida de peso y regresión de las comorbilidades asociadas a la obesidad mórbida. La generalización de esta técnica está haciendo que aparezcan complicaciones postoperatorias a largo plazo complejas como es el megaesófago por estenosis de la GVL. Presentamos un caso resuelto por vía laparoscópica mediante cirugía de revisión y conversión a by-pass gástrico con resección gástrica distal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un paciente intervenido hace 5 años de GVL, que acude a nuestra consulta por disfagia alimentaria con vómitos de alimentos no digeridos, dolor torácico y reflujo gastroesofágico severo. Tras estudio baritado comprobamos la existencia de un megaesófago secundario a una estenosis de la GVL en su tercio medio que fue realizada por obesidad mórbida en su momento. Tras completar el estudio con gastroscopia y tomografía axial computerizada, se programa para cirugía de revisión e intentar reconvertir a bypass gástrico por vía laparoscópica. El paciente es intervenido, confirmándose la presencia de una estenosis en 1/3 medio de la GVL debida a la sutura de refuerzo realizada en el momento de la conformación de la GVL. Debido a la existencia de más zonas estenóticas se decide reconvertir a bypass gástrico laparoscópico (BPG) con extirpación del resto del estómago distal a la estenosis. Para evitar dificultad de vaciado del megaesófago, se realiza una anastomosis gastroyeyunal en el bypass lineal de 30 mm. El paciente evoluciona favorablemente, siendo alta a las 48 horas. Actualmente está en seguimiento en Consultas externas con una alimentación normal y sin clínica de RGE. Pendiente de Realiza tránsito esofagogástrico postoperatorio.

RESULTADOS

Hemos realizado una revisión de la literatura para ver las complicaciones a medio-largo plazo de la GVL. La literatura menciona cifras entre un 5,5 y 11% de pacientes que requieren revisión, por esta y por otras causas, después de una GVL. Se describen diversos métodos para la resolución de esta complicación que van desde la dilatación neumática, hasta la miotomía o la conversión a bypass gástrico.

CONCLUSIÓN

La GVL es una técnica sencilla y reproducible que no está exenta de complicaciones a medio-largo plazo como las estenosis. Mostramos la factibilidad de conversión de una GVL a BGL con extirpación del cuerpo gástrico distal y revisamos la literatura.

TR-RYGBP: STEP BY STEP

J. Tarascó Palomares, P. Moreno Santabárbara, E. Bombuy Giménez, A. Fernández Pujol, C. Matallana Azorín, S. Sentí Farrarons, J.F. Julián Ibáñez.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

OBJETIVOS

Dar a conocer, paso a paso, como se realiza un By Pass Gástrico totalmente robótico.

MATERIAL Y MÉTODOS

En las últimas décadas hemos presenciado la aparición de la cirugía mínimamente invasiva, principalmente la cirugía laparoscópica. Este abordaje quirúrgico tiene ciertas limitaciones para los cirujanos como puede ser la coordinación mano-ojo, una visión en dos dimensiones, “lever and fulcrum effect” y un rango de movimiento restringido.

En el año 2000, aparecieron ciertos dispositivos robóticos como un nuevo enfoque de la cirugía mínimamente invasiva, sobretodo para ayudar a realizar procedimientos quirúrgicos complejos y dar solución a las limitaciones de la cirugía laparoscópica.

En la cirugía robótica, el cirujano opera a través de una consola, controlando un robot. El sistema Da Vinci® es el paradigma perfecto de este enfoque. La implementación de la cirugía robótica se expande continuamente, y actualmente se usa en procedimientos de cirugía urológica, ginecológica y general.

En Junio del 2017, el equipo de cirugía bariátrica y metabólica del Hospital Universitari Germans Trias y Pujol de Badalona realizó la formación en cirugía robótica realizando las distintas etapas del proceso de capacitación para el Da Vinci® Surgical System (Intuitive Surgical, Inc.).

El presente video quiere mostrar los distintos pasos para la realización de un By Pass Gástrico totalmente robótico.

RESULTADOS

Desde Junio hasta Diciembre del 2017, hemos realizado 15 procedimientos totalmente robóticos (TR-RYGBP) sin ninguna incidencia ni intraoperatoria ni postoperatoria.

CONCLUSIONES

A pesar que la cirugía robótica todavía no está al alcance de todos los centros u hospitales, nuestra conclusión y perspectiva como principiantes en cirugía robótica es de la clara mejora para el cirujano en cuanto a ergonomía, visión, precisión, seguridad y más facilidad para la realización del procedimiento.

CIRUGÍA DE REVISIÓN POR REFLUJO INTRATABLE POST GASTRECTOMÍA TUBULAR: CONVERSIÓN EN Y DE ROUX CON CIERRE DEL HIATO

G. Chullo Llerena, A. Ibarzabal Olano, D.N.D.M. Momblan García, V. Turrado Rodríguez, R.G. Díaz Del Gobbo, G. Cardenas Rivera, A.M. De Lacy Fortuny.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

OBJETIVOS

El Sleeve Gástrico laparoscópico es una de las técnicas bariátricas más populares en todo el mundo, con un número de procedimientos ascendente en los últimos años. A pesar de su popularidad, las tasas de fracaso no son insignificantes y la aparición tardía de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) puede llegar a ser hasta del 23% en algunas series. El Bypass gástrico en Y de Roux (RYGB) es el procedimiento de elección en casos de reflujo intratable y/o esofagitis post gastrectomía tubular.

No existe consenso sobre cómo realizar este procedimiento, y sobre la necesidad o no de reducir la hernia y cerrar los pilares. Nuestro objetivo es presentar la técnica del RYGB laparoscópico con cierre del hiato como tratamiento del ERGE post sleeve.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 49 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión, apnea del sueño y obesidad mórbida con un IMC de 44 kg/m² a cual se le realiza un Sleeve Gástrico por laparoscopia por hepatomegalia importante. A los siete meses de la cirugía, la paciente refiere pirosis y reflujo ácido que no mejora con el tratamiento médico.

El tránsito esofagotroduodenal muestra una hernia de hiato con importante reflujo, la pHmetría esofágica demostró un reflujo ácido patológico con índice de DeMeester de 53 y la manometría esofágica normal.

Treinta y un meses después, con un IMC de 24 kg / m², y persistencia del ERGE que no responde al tratamiento médico, se decide realizar un RYGB laparoscópico con cierre de hiato.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico fue de 155 minutos y sus principales pasos se destacan durante el video.

Posteriormente a la cirugía la paciente presenta una buena evolución, iniciando dieta oral el primer día postoperatorio, siendo dada de alta a los dos días, sin incidencias.

En el control ambulatorio, a los 3 meses, la paciente no presenta síntomas de reflujo gastroesofágico.

CONCLUSIONES

El Bypass gástrico en Y-Roux laparoscópico es la técnica de elección de tratamiento del ERGE post Sleeve, siendo una de las causas principales de la cirugía de revisión del Sleeve Gástrico.

En los pacientes diagnosticados de hernia de hiato, el cierre de los pilares durante la cirugía de revisión es segura, factible y estaría indicada en casos de hernias grandes.

CONVERSIÓN DE UN BYPASS GÁSTRICO A UNA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA POR HIPOGLUCEMIA REFRACTARIA

Martínez Caballero, J. ¹; Gómez Rodríguez, P. ¹; Díaz Pérez, D. ¹; Shirai, K. ¹; Vieiro Medina, M.V. ¹; Rodríguez Cuéllar, E. ¹; Ferrero Herrero, E. ¹; De La Cruz Vigo, F. ².

¹ Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ² Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

OBJETIVO

Presentar una alternativa quirúrgica ante un caso de hipoglucemia grave, tras un bypass gástrico, refractaria a las medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas.

MATERIAL

Mujer de 44 años, intervenida en 2010 por obesidad tipo III (IMC 42.9 kg/m²) mediante bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux anillado (BPGYR-A) que actualmente presenta un IMC 30.25 kg/m².

Desde hace 3 años presenta numerosos episodios de hipoglucemia grave postprandial, de predominio vespertino, asociadas a mareos sin pérdida de consciencia. Durante el embarazo se redujeron la frecuencia de los episodios pero tras el parto, volvió a presentar hipoglucemias recurrentes; el test de o'Sullivan no fue patológico (glucemia basal: 80 mg/dl y glucemia 60 minutos: 113 mg/dl). No se objetivó hipovitaminosis ni datos de hiperinsulinismo en ayunas (insulina 3.1 µU/ml, péptido C 1.51 ng/ml) con un índice de resistencia a la insulina de 0,6, compatible con una hipoglucemia reactiva a síndrome de dumping tardío.

A pesar de una dieta fraccionada baja en carbohidratos y del tratamiento concomitante con acarbosa o migliptol no se logró el adecuado control de las hipoglucemias por lo que se le propuso la conversión a una gastrectomía vertical laparoscópica (GVL).

MÉTODO

Se realiza adhesiolisis hasta identificar la anastomosis gastro-yeyunal, el reservorio gástrico con la banda y el asa alimentaria. Se secciona la anastomosis gastro-yeyunal, quedando el asa alimentaria excluida, y se realiza una anastomosis entre el reservorio y el remanente gástrico para reinstaurar el tránsito. Tras liberar el remanente gástrico se realiza una gastrectomía vertical seccionando la curvatura mayor sobre una sonda nasogástrica de 34 Fr. Se comprueba la estanqueidad de la anastomosis con un test de azul de metileno y se deja un drenaje tipo Jackson- Pratt perianastomótico.

RESULTADOS

La paciente fue dada de alta en el segundo día postoperatorio. Al quinto día tras el alta, reingresó por fiebre de 38° C y supuración de la herida con elevación de reactantes de fase aguda sin datos de fístula en el TC abdominal iniciándose tratamiento antibiótico. Ante un cambio en el aspecto del drenaje, se cuantificó una amilasa en el líquido abdominal de 1737 U/L y se aisló *L. rhamnosus* y *C. Albicans* que no requirieron tratamiento antibiótico. Ha presentado algún episodio aislado de hipoglucemia leve tras la intervención. El tiempo de seguimiento es todavía corto para establecer la eficacia en cuanto a la pérdida de peso.

CONCLUSIÓN

La conversión a una GVL puede ser una medida terapéutica efectiva y segura en el control de la hipoglucemia reactiva secundaria a sd. de dumping tardío refractaria al tratamiento médico, sin embargo no está exenta de complicaciones.

TORSIÓN DE ANASTOMOSIS GASTRO-YEYUNAL Y ASA ALIMENTARIA POR HERNIA INTERNA

I. Baamonde De La Torre, J. Baltar Boileve, I. Mella Gaecía, A.B. Crujeiras, J. Pérez Hornero, L.A. García Vallejo, B. Escudero, M. Madriñan, M. Bustmante, F. Casanueva.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

OBJETIVO

Poner de relieve la existencia de hernias internas tras Cirugía de la Obesidad a pesar del cierre primario y la necesidad de pensar en dicha patología cuando el paciente acuda a Urgencias con cuadros poco definidos. En la literatura se ha señalado la existencia de este tipo de cuadros a pesar del cierre primario de los defectos.

MATERIAL Y MÉTODO

De entre 237 casos de cirugía bariátrica en nuestro centro en los que se han diagnosticado y reintervenido 5 pacientes por cuadros de dolor abdominal (2 hernias de Petersen, 2 hernias del pie de asa y 1 obstrucción por brida); presentamos un caso que nos parece destacable por tratarse de una torsión completa del reservorio gástrico y las asas alimentaria y biliopancreática del baypass gástrico inicialmente realizado con cierre de los defectos mesentéricos.

Esta paciente acudió al Servicio de Urgencias en varias ocasiones, siendo diagnosticada de dolor abdominal inespecífico con analíticas y estudios radiológicos simples normales, previamente a ser valorada en la consulta de Cirugía de la Obesidad.

RESULTADOS

El TAC abdominal fue sugestivo y la laparoscopia exploradora fue concluyente de una herniación total de las asas alimentaria y biliopancreática que provocaba una torsión del reservorio gástrico, la anastomosis gastro-yeyunal y su eje mesentérico longitudinal; por la reapertura del cierre primario del teórico espacio de Petersen. En la intervención se volvió a situar el Baypass en su disposición habitual y se procedió a un nuevo cierre con sutura irreabsorbible de forma continua.

CONCLUSIÓN

- En el diagnóstico diferencial de los cuadros de dolor abdominal tras dichas cirugías hay que incluir una posible hernia interna aunque se hayan cerrado previamente los defectos mesentéricos.
- Los cuadros clínicos pueden ser muy anodinos con resultados de las pruebas habituales inespecíficos.
- El TAC abdominal puede ser altamente sugerente; pero el diagnóstico se obtiene mediante una laparoscopia exploradora.

MINIINSTRUMENTOS COMO APOYO EN EL BYPASS GÁSTRICO POR PUERTO ÚNICO CON ANASTOMOSIS MANUAL

E. Mariño Padin, R. Sánchez Santos, S. González Fernández, I. Domínguez Sánchez, A. Brox Jiménez, R. Crego Hernández.

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La cirugía bariátrica por puerto único es una alternativa atractiva para pacientes seleccionados ya que proporciona un mejor resultado estético al no dejar cicatriz visible, asocia mínimo dolor y discomfort en el postoperatorio y resulta muy satisfactoria para el paciente. El objetivo del vídeo es mostrar que el apoyo con un miniinstrumento facilita realizar anastomosis manuales con seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un caso clínico.

RESULTADOS: CASO CLÍNICO

Se interviene un paciente varón de 52 años con antecedentes de cirugía por hernia umbilical en la infancia. Peso máximo 152 kg, peso actual 136 kg; IMC: 37. Comorbilidades: HTA, DM tipo II, dislipemia. Fumador de 10 cig/día. Deja de fumar 2 meses antes de la IQ. Distancia xifoumbilical: 21 cm.

Intervención: Se utiliza una torre de laparoscopia 3D con endoeye flexible. Se realiza una incisión umbilical sobre cicatriz previa de 2 cm. Se coloca puerto único Quadport plus (Olympus), se coloca separador hepático VERSABAND. Se realiza reservorio gástrico con carga morada horizontal y cargas protegidas en la zona vertical. Se coloca un trocar de 3 mm en epigástrico para miniinstrumentos. Se asciende el asa biliopancreática antecólica y antegástrica de 60 cm. Se realiza la anastomosis reservorio-yeyunal manual a doble capa con sutura barbada. Se mide el asa alimentaria 150cm. Siguiendo el estilo de bypass simplificado se mantiene el asa unida al reservorio y se realiza la sutura yeyunoyeyunal con carga beig y cierre de orificio con sutura barbada. Se cierra la ventana de meso y el orificio de Petersen con sutura irreabsorbible. Se realiza comprobación de estanqueidad con azul de metileno y aire. Se observa mínima fuga de azul en cara anterior de la sutura que se refuerza con punto. Se realiza nueva comprobación de estanqueidad. Se efectúa la sección del asa yeyunal con carga beig. Se da un punto de seda entre el asa alimentaria y el remanente para intentar evitar la torsión. Se refuerza la sutura con Tissel. Se decide dejar un drenaje que se coloca a través del trocar de 3 mm en epigastrio. Curso postoperatorio sin incidencias, con buena tolerancia a dieta tras comprobar sutura con tránsito digestivo con gastrografin. Alta al 3º día postoperatorio. No problemas con la herida. Seguimiento a los 3 meses: buen estado general y buena tolerancia a la dieta. Pérdida de 20 kg. No hernia umbilical.

CONCLUSIÓN

La utilización de miniinstrumentos resulta de gran utilidad como apoyo para realizar técnicas de cirugía bariátrica que requieran suturas manuales utilizando un puerto único umbilical.

BY-PASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO COMO TÉCNICA ANTIRREFLUJO EN EL PACIENTE OBESO

M.V. Vieiro Medina ¹, G. Martínez De Aragón Ramirez De Esporsa ², V. Sierra Esteban ², L. Reka Mediavilla ², A. Gastón Moreno ², P. Siebel Hermida ², D. García López De Goicochea ², J.M. Vitores López ².

¹ Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ² Hospital Txagorritxu, Vitoria.

INTRODUCCIÓN

El bypass gástrico laparoscópico (BPGL) en los obesos mórbidos, además de ser una alternativa de cirugía bariátrica, es un buen procedimiento antirreflujo dada la escasa producción de ácido en el reservorio y el poco reflujo duodenal debido a la Y de Roux. Muchos pacientes con ambas patologías acuden a la consulta de Cirugía y se les indica una técnica antirreflujo, cirugía compleja y dificultosa debido a la obesidad, aunado al riesgo tanto intra como perioperatorio así como la alta recidiva del reflujo en el futuro, asimismo persiste la obesidad como factor etiológico. Por esta razón el BPGL es la técnica ideal en estos pacientes.

OBJETIVOS

Presentar paso a paso la técnica de BPGL empleada en nuestro centro.

CASO CLÍNICO

Mujer de 39 años, con reflujo gastroesofágico (ERGE), DM-2 y SAHS. Con un IMC de 40,3 kg/m². La gastroscopia muestra: Hernia de hiato. Esofagitis grado A y gastritis crónica antral. HP (-). La pHmetría refleja un DeMeester de 36,7. En la manometría esofágica de evidencia hipotonía del EEI con ondas normales. Se decide BPGL para solventar ambas entidades.

CONCLUSIÓN

En el postoperatorio presenta mejoría significativa de la clínica de reflujo con buena pérdida ponderal, actualmente en IMC de 30,3 kg/m². El BPGL es una muy buena alternativa quirúrgica antirreflujo en obesos mórbidos con ERGE.

ÚLCERA MARGINAL TRAS BYPASS GÁSTRICO, SOLUCIÓN A UNA COMPLICACIÓN NO INFRECLENTE

Sánchez García, C. ¹; Vivas López, A.A. ¹; Gil-Diez, D. ¹; Solis, F. ¹; Durán Ballesteros, M. ¹; Narvaez, C.S. ¹; Gómez, P. ¹; Rodríguez Cuellar, E. ¹; Ferrero Herrero, E. ¹; De La Cruz Vigo, F. ².

¹ Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ² Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

OBJETIVOS

La úlcera marginal como complicación de la cirugía de bypass gástrico se diagnostica en un 1-16% de los pacientes intervenidos. Suele ocurrir en la proximidad de la gastroyeyunostomía, resultado de la acción del ácido sobre el yeyuno o a factores vasculares; raramente se encuentran asociadas a una fístula gastro-gástrica o incluso, gastro-cólica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 32 años, fumadora, con antecedente de úlcera gástrica y bypass gástrico con cerclaje de malla de polipropileno en 2011, que acude a nuestra consulta por fuertes dolores abdominales y vómitos diarios. Durante el seguimiento se realiza estudio endoscópico alto en el que se objetiva una úlcera profunda cubierta de fibrina, bordes sobreelevados y eritematosos, sin signos de sangrado activo y con un diámetro de 15- 20 mm. En el resto de estudios (incluyendo TC y estudio gastroduodenal) se descartan complicaciones asociadas, concretamente fístula gastro-gástrica.

RESULTADOS

La anatomía patológica es negativa para malignidad y para estudio de *Helicobacter pylori*. Se inicia tratamiento intensivo con IBP, se repite estudio endoscópico y ante la persistencia de mismos hallazgos y ausencia de mejoría clínica, se decide revisión quirúrgica.

Se realiza laparoscópica exploradora, observándose un importante plastrón inflamatorio a nivel de la anastomosis gastroyeyunal, procediendo a adhesiolisis, resección de la anastomosis y retirada de la malla. Se realiza nueva anastomosis gastroyeyunal termino-lateral con dispositivo endoGIA, cierre con VLOC 3/0; se comprueba estanqueidad de la misma con azul de metileno. Finalmente se coloca gastrostomía en estómago excluido. El postoperatorio cursa sin incidencias, recibiendo el alta el segundo día postoperatorio.

CONCLUSIONES

A pesar de que los factores predisponentes son aún inciertos, existe evidencia que sugiere mayor prevalencia de dicha complicación en enfermos colonizados por *H. pylori*, consumidores crónicos de AINEs y fumadores. Existen otras circunstancias como una elevada tensión en la línea de sutura, mala irrigación o fístula gastro-gástrica concomitante que también pueden influir. La respuesta al tratamiento médico es bastante elevada, por encima del 90%. Aun así, hay un porcentaje de pacientes que requieren cirugía ante ausencia de respuesta al tratamiento médico, persistencia de clínica o asociación a otras complicaciones.

TORSIÓN DEL EPIPLON. UN CASO RARO DE ABDOMEN AGUDO POST-BYPASS

C. Maíllo Oliva, T. Pignatelli, R. Camacho Abreu, J. Esteves, C. Martins Soares, M.D.J. Oliveira, G. Piçarra.

Hospital Lusíadas Lisboa, Lisboa.

OBJETIVOS

Los pacientes con cirugía bariátrica pueden presentar complicaciones quirúrgicas a largo plazo consecuencia de la técnica quirúrgica utilizada. Clásicamente se describe la hernia interna como una complicación del bypass gástrico. A medida que hay cada vez más enfermos operados, vamos observando complicaciones menos frecuentes que causan abdomen agudo y que están producidas como consecuencia de la cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 45 años de edad con antecedente de bypass gástrico laparoscópico hace un año y medio con pérdida de 40 kg. Acude a urgencias por dolor abdominal de 2 días de evolución en hipocondrio izquierdo (HI) ya medicada con metamizol, metoclopramida e pantoprazol. A la exploración presenta buen estado general y dolor a la palpación del HI con defensa localizada.

TAC ascitis perihepática y periesplénica. Status postbypass con paso de contraste oral sin extravasación. Plastrón de asas de delgado en el HI algunas distendidas sin claro punto de transición de calibre. Densificación de la grasa mesentérica con prominencia de los vasos mesentéricos.

Análisis sin leucocitosis. PCR 10 (>0,5) que disminuyó al día siguiente a 4,31.

Repitió TAC a las 24 horas: progresión habitual del contraste sin stop. Persistencia de la densificación de la grasa mesentérica. Líquido ascítico pélvico. Irregularidad focal del peritoneo/epiplon, en la región de HI, mal delimitada, pero que exhibe morfología nodular con cerca de 2 cm (secuela peritoneal fibrótica?), sin distensión de asas intestinales.

Dada la persistencia del dolor sobre todo póstprandial se decide realizar una laparoscopia urgente.

RESULTADO

Operada de forma urgente se realiza una laparoscopia con 2 trocares de 12 mm y uno de 5. Se verifica la existencia de una brida de la parte izquierda de epiplon mayor a la pared abdominal anterior que condiciona una torsión del mismo con isquemia. Se realiza una sección con endo grapadora del epiplon isquémico. La enferma tuvo alta a las 24 horas asintomática.

La histología confirma la torsión del epiplon.

CONCLUSIÓN

Los enfermos con cirugía bariátrica previa pueden tener complicaciones a corto y largo plazo, a veces no fáciles de diagnosticar. Ante la persistencia de los síntomas y/o la imposibilidad de realizar un diagnóstico de certeza debemos realizar laparoscopias exploradoras.

OBESIDAD TRAS CIRUGÍA DE ACALASIA

M.V. Vieiro Medina ¹, G. Martínez De Aragón Ramirez De Esporsa ², V. Sierra Esteban ², L. Reka Mediavilla ², A. Gastón Moreno ², P. Siebel Hermida ², D. García López De Goicochea ², J.M. Vitores López ².

¹ Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ² Hospital Txagorritxu, Vitoria.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la obesidad es una epidemia a nivel mundial siendo la cirugía una de las mejores alternativas terapéuticas. Los trastornos motores esofágicos producen dificultad en la alimentación por lo que es rara su presentación en obesos. Existen pocas publicaciones sobre la presentación simultánea de ambas entidades recomendándose, con bajo nivel de evidencia, agregar la miotomía esofágica al procedimiento bariátrico previamente establecido. Ejemplos de estos caso son la realización simultánea de miotomía esofágica más bypass gástrico, derivación biliopancreática con switch duodenal o gastrectomía vertical, incluso se han reportados casos de gastrectomía total con esófago-yeyuno anastomosis en Y de Roux sin la consiguiente necesidad de miotomía. Menos se sabe sobre que técnica usar cuando la obesidad se presenta tras la cirugía de acalasia, en un paciente con normopeso previo.

OBJETIVOS

Mostrar la técnica empleada de gastrectomía vertical sobre funduplicatura de Dor previa.

CASO CLÍNICO

Varón de 55 años, intervenido en 2009 de Acalasia, realizándose Miotomía de Heller y funduplicatura de Dor, con normopeso en dicha fecha. Diabético e hipertenso. Actualmente con IMC de 45,36kg/m² con múltiples intentos dietéticos fallidos. En estudio por síndrome diarreico crónico, descartándose EEI, recibiendo el diagnóstico de colon irritable. Gastroscopia, manometría, pHmetría y esofagograma sin alteraciones reseñables. Decidiéndose así una gastrectomía vertical como técnica bariátrica. Postoperatorio sin incidencias.

CONCLUSIÓN

El tratamiento exitoso de la acalasia generalmente conduce al aumento de peso a medida que mejora el apetito de los pacientes. Poco se sabe sobre cual es el tratamiento idóneo para lo pacientes que desarrollan obesidad tras una cirugía de acalasia. Mostramos así, que la gastrectomía vertical es una es una opción viable que se puede llevar a cabo sobre estos pacientes. Este enfoque queda sujeto a futuras investigaciones.

TÉCNICA DE NARBONA ASOCIADA A GASTRECTOMÍA VERTICAL, UNA OPCIÓN ALTERNATIVA

Gil-Diez, D. ¹; Sánchez García, C. ¹; Vivas López, A.A. ¹; Solis, F. ¹; Narváez, C.S. ¹; Durán Ballesteros, M. ¹; Gómez, P. ¹; Rodríguez Cuellar, E. ¹; Ferrero Herrero, E. ¹; De La Cruz Vigo, F. ².

¹ Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ² Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

OBJETIVOS

Tanto la obesidad como la ERGE son dos problemas de salud muy prevalentes en nuestro entorno. Es bien conocida la relación existente entre ambos, siendo la obesidad un factor de riesgo importante en la patogenia de la ERGE. Frecuentemente los pacientes obesos presentan ERGE, ocasionalmente con esofagitis o esófago de Barrett. Al perder peso la ERGE mejora, pero en general, aquellos pacientes en los que se ha diagnosticado una ERGE asociada o no a esofagitis o Barrett, se recomienda el bypass gástrico como técnica de elección. Sin embargo, existen casos en los que los pacientes además de ERGE presentan patología gástrica que desaconseja la realización de un bypass gástrico, que no permitirá una posterior vigilancia endoscópica del estómago.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 52 años, hipertenso, IMC de 39 y sin antecedentes quirúrgicos relevantes, que durante el estudio preoperatorio se realiza gastroscopia en la que se objetiva a nivel de la UGE, un ascenso de un segmento de mucosa de tipo gástrico de longitud menor de 1 cm sugestiva de esófago de Barrett corto, mucosa antral difusamente eritemato-edematosa y varias erosiones prepilóricas. Anatomopatológicamente se identifica gastritis atrófica activa, bacilos tipo *Helicobacter pylori* y áreas de metaplasia intestinal.

RESULTADOS

Dada la patología gástrica de nuestro paciente se desaconsejó la realización de un bypass gástrico, siendo la gastrectomía tubular la técnica elegida en su lugar. Ante la imposibilidad de realizar los procedimientos antirreflujo habituales, se indica gastrectomía vertical asociada a técnica de Narbona (terexpexia) tras completar tratamiento erradicador. Dicho procedimiento consiste en el cierre de los pilares y pexia con el ligamento redondo. La tubulización gástrica se realiza según técnica habitual y sin incidencias.

El paciente presenta una evolución postoperatoria satisfactoria y sin síntomas sugestivos de ERGE.

CONCLUSIONES

Consideramos que, en pacientes en los que no se realiza bypass gástrico resectivo, la técnica de Narbona es una opción a considerar como técnica antirreflujo asociada a una gastrectomía vertical en paciente con reflujo sintomático previo a la cirugía.

CONVERSIÓN DE BYPASS GÁSTRICO ABIERTO A GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA POR MALNUTRICIÓN Y DIARREA

I. Diez Del Val ¹, J. Ortiz Lacorzana ¹, C. Loureiro González ¹, S. García Herrero ¹, J. Barrenetxea Asua ¹, S. Leturio Fernández ¹, M.M. García Fernández ¹, I. Sánchez Pedrique ², N. De Armas Conde ³, J.I. Uriarte Terán ¹.

¹ Hospital Universitario Basurto, Bilbao; ² Hospital Universitario, Burgos; ³ Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

INTRODUCCIÓN

El componente malabsortivo de la cirugía bariátrica mixta puede acarrear problemas de diarrea crónica y malnutrición. Presentamos el caso de una paciente que precisó conversión a gastrectomía vertical, mostrando los detalles del procedimiento.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer sometida a bypass gástrico en 2014, con un IMC de 49 kg/m². Debido a la presencia de una hernia umbilical incarcerada, el procedimiento se convirtió a cirugía abierta, reseccándose 50 cm de intestino delgado y realizando un montaje en Y de Roux con asa alimentaria transmesocólica-retrogástrica de 200 cm y biliar de 50. En 2017, la paciente ha alcanzado un IMC de 18, realiza entre 6 y 20 deposiciones al día y presenta hipoproteïnemia refractaria al tratamiento. Se propone a la paciente una gastrectomía vertical por vía laparoscópica, que se realiza en octubre de 2017.

El vídeo muestra, tras la adhesiolisis inicial, el acceso a transcavidad y la desvascularización de la curvatura mayor. Tras la sección proximal del asa alimentaria y su reducción al espacio inframesocólico, se deshace el pie de asa y se restablece la continuidad intestinal. Posteriormente se libera el reservorio y se anastomosa a nivel de curvatura menor al estómago excluido, con dos suturas continuas, sobre una sonda de 36 CH. El procedimiento finaliza completando la tubulización gástrica, con posterior verificación de estanqueidad y hemostasia.

En el postoperatorio apareció una pequeña dehiscencia de la gastrogastrostomía, que fue manejada con tratamiento conservador, hasta el alta hospitalaria tras 19 días de ingreso.

A los dos meses, la paciente ha recuperado 4 kg de peso, presenta una albúmina en sangre de 3,96 gr% y un ritmo deposicional normal.

DISCUSIÓN

La malnutrición proteico-calórica tras cirugía bariátrica puede obligar a un tratamiento quirúrgico, que puede consistir en la modificación de las longitudes de asas para favorecer la absorción de nutrientes, técnica habitualmente insuficiente en caso de bypass gástrico proximal, hasta una reversión completa o parcial, como en el caso que describimos. Dado el deterioro del paciente y la complejidad de procedimiento, es preciso tanto una buena preparación preoperatoria como una gran experiencia quirúrgica.

COMPLICACIONES BANDA GÁSTRICA: ¿SOLUCIONES?

A. Delegido, B. Gómez, M.D. Frutos, Q. Hernández, J.A. Luján, P. Parrilla.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

OBJETIVOS

La Banda Gástrica Ajustable (BGA) laparoscópica representa en la actualidad menos del 10% de los procedimientos bariátricos a nivel mundial. Es un procedimiento sencillo y seguro para el control de la obesidad pero con una tasa de fracasos por no pérdida de peso, deslizamiento y/o migración de la banda que llega hasta el 70%. La cirugía de revisión de banda es uno de los retos actuales del cirujano bariátrico por su complejidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos varios casos de fracaso de BGA así como la solución por la que se optó en cada uno de ellos. Todos los procedimientos se realizaron por vía laparoscópica. La clínica de los pacientes fue similar en todos los casos con intolerancia alimenticia progresiva y vómitos frecuentes lo que les llevo a repetidas consultas para reajustes de la banda hasta la decisión de la reintervención.

En primer lugar observamos un caso de deslizamiento de BGA que se solucionó con la recolocación y fijación a puntos sueltos de la misma. En segundo lugar presentamos un deslizamiento de BGA en el que se realizó retirada de la banda y realización de bypass gástrico en el mismo acto quirúrgico. Por último, un caso de migración de BGA en el que se optó por la retirada de la misma por vía laparoscópica, ante la imposibilidad previa de retirarla por endoscopia.

RESULTADOS

Podemos referirnos al fracaso de la BGA cuando el porcentaje de exceso de peso perdido no supera el 45-50% a largo plazo, la calidad de vida del paciente es inaceptable (atacos y vómitos), o se producen fallos del dispositivo. La realización de un TEGD y una endoscopia son las pruebas más importantes para el diagnóstico y la toma de decisiones junto a la evaluación del paciente por un equipo multidisciplinar con el objetivo de elegir el tratamiento más adecuado en cada caso, en función de la causa del proceso. En el caso de la falta de pérdida de peso; el tratamiento más aceptado será la retirada de la banda y posterior realización del BPGL preferiblemente en el mismo tiempo quirúrgico, mismo tratamiento que si nos referimos al deslizamiento de la banda. Antiguamente, también se optaba por la recolocación de la banda en estos casos, aunque la posibilidad de nuevos desplazamientos es mayor al 50%. Si se trata de migración de la banda; lo recomendado es la retirada por endoscopia de la misma y si no es posible se opta por la cirugía laparoscópica con cierre de la perforación y refuerzo según técnica de Patch, posponiendo cualquier gesto quirúrgico para un segundo tiempo.

CONCLUSIONES

La cirugía de revisión de la BGA por fracaso en pérdida de peso o complicaciones es una cirugía compleja por el gran componente adherencial que causa este dispositivo, siendo un procedimiento que debe realizarse por laparoscopia, en un único tiempo quirúrgico siempre que sea posible, y por un equipo quirúrgico con gran experiencia en cirugía bariátrica y laparoscópica avanzada.

HERNIA INTERNA TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO. AUSENCIA DE CORRELACIÓN CLÍNICO- RADIOLÓGICA

T. Díaz Vico, J.L. Rodicio Miravalles, A. Suárez Sánchez, E. Alonso Batanero, S. Amoza Pais, C. García Gutiérrez, E. Contreras Saiz, I. Cifrián Canales, M. Merayo Álvarez, L. Sanz Álvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

INTRODUCCIÓN

El auge en el número de procedimientos relacionados con la cirugía de la obesidad en nuestro medio conlleva a un incremento en el número de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con potenciales complicaciones específicas de la cirugía bariátrica.

La obstrucción intestinal por hernia interna tras bypass gástrico laparoscópico con reconstrucción en Y de Roux es una complicación que ocurre en un 0.2-5% de los casos. Dada su baja incidencia, no existe consenso en cuanto al cierre sistemático de los defectos mesentéricos.

La sensibilidad radiológica de hernia interna por TC es del 28.6%, con una especificidad del 90%. El mejor signo radiológico predictor de hernia interna es la torsión del mesenterio, seguido del agrupamiento de asas de intestino delgado, con una sensibilidad del 61-91% y 70-80%, respectivamente.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 52 años de edad, con IMC inicial de 49 kg/m², intervenido de bypass gástrico en diciembre 2015, que consulta por dolor tipo cólico autolimitado no relacionado con la ingesta, con una frecuencia de 1-2 ocasiones por semana. El asa alimentaria mide 150 cm y la biliopancreática 50 cm, con ascenso antecólico, realizándose cierre únicamente del defecto mesentérico. La sintomatología se inicia a los 6 meses de la intervención quirúrgica, tras haber perdido 80 kg de peso, con un IMC actual de 26.79 kg/m².

Se realiza un TC de abdomen en el que se identifica buen paso de contraste con relleno distal, sin objetivarse dilatación de asas de intestino delgado.

Dada la persistencia de la sintomatología, se decide realizar una laparoscopia exploradora. Durante el procedimiento se identifica el pie de asa, localizado a 3.5-4 m de la válvula ileocecal, desde el que se sigue el asa alimentaria que obliga a deshacer una vuelta del mesenterio que permite posicionar el intestino en su localización correcta (hernia de Petersen). Se refuerza la brecha mesentérica y se cierra el espacio de Petersen por ambos lados del asa intestinal con Seda 00. El paciente no ha vuelto a presentar nuevos cuadros de dolor abdominal hasta la fecha.

CONCLUSIÓN

La hernia interna es una complicación importante y difícil de identificar, que ocurre generalmente al año de la intervención quirúrgica. Los estudios preoperatorios presentan una baja sensibilidad diagnóstica, por lo que se requiere una alta sospecha clínica y una exploración quirúrgica precoz, lo que permite tanto el diagnóstico como el tratamiento oportuno.

A pesar de que la anastomosis gastroyeyunal antecólica reduce la incidencia de hernia interna, la tasa de mortalidad asociada es del 1-2%. Por tanto, aconsejamos el cierre sistemático de todos los defectos mesentéricos y, cuando se requiera reducir una hernia interna, recomendamos iniciar la recolocación desde el íleon terminal en sentido proximal, ya que de otra manera no sabremos si lo estamos reduciendo adecuadamente.

Debemos tener conocimiento de este tipo de complicaciones relacionadas con la cirugía bariátrica, ya que estos pacientes pueden acudir a centros de urgencias sin experiencia en cirugía de la obesidad.

MATERIALES BARBADOS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA. ¿AMIGOS O ENEMIGOS?

T. Díaz Vico, J.L. Rodicio Miravalles, A. Suárez Sánchez, E. Alonso Batanero, S. Amoza Pais, E. Contreras Saiz, C. García Gutiérrez, M. Moreno Gijón, E.O. Turienzo Santos, L. Sanz Álvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

INTRODUCCIÓN

Las anastomosis intracorpóreas constituyen uno de los principales retos en cirugía laparoscópica. Gracias a los nuevos materiales de sutura barbada es posible llevar a cabo dichos procedimientos sin necesidad de anudar, lo que contribuye a disminuir el tiempo operatorio en laparoscopia. La mayoría de las publicaciones referidas a dispositivos de sutura barbada hasta la fecha lo describen como una alternativa eficaz, rápida y segura a los materiales de sutura convencionales. Sin embargo, el empleo de este tipo de material de sutura no está exento de complicaciones, que vamos conociendo según se populariza su uso.

Existen casos descritos de obstrucción intestinal favorecidos por la sutura barbada, tanto por las adherencias generadas por este material como por el atrapamiento a diversos tejidos de su extremo distal. En nuestra experiencia en cuanto al uso de este tipo de sutura o derivados en cirugía bariátrica laparoscópica, no sólo podemos constatar estos hechos, sino que además describimos complicaciones no registradas hasta la fecha.

CASOS CLÍNICOS

1^{er} caso. Varón de 54 años de edad con IMC de 34.7 kg/m² sometido a gastrectomía vertical laparoscópica con invaginación de la línea de sección con V-Loc® 2/0. El paciente es reintervenido al quinto día postoperatorio por dehiscencia de sutura a nivel del ángulo de Hiss, realizándose lavados y colocación de drenaje. Presenta postoperatorio tórpido, decidiéndose finalmente conversión a bypass gástrico corto por fístula mantenida en relación a torsión de la plastia por el extremo de la sutura.

2^o caso. Mujer de 38 años de edad con IMC de 71.7 kg/m² sometida a bypass gástrico laparoscópico, con anastomosis látero-lateral del pie de asa con endograpadora de 60 mm y cierre manual de la apertura con V-Loc®. Precisa reintervención quirúrgica a las 48 horas por sospecha de obstrucción del asa alimentaria en la sutura del pie de asa, objetivándose el cierre del paso a nivel del pie de asa como consecuencia de una torsión y cierre de la luz intestinal producida por dicho material de sutura. Se realiza nuevo cierre del defecto con material reabsorbible, con buena evolución postoperatoria.

3^{er} caso. Varón de 46 años de edad con IMC de 51 kg/m² sometido a bypass gástrico laparoscópico, con anastomosis reservorio-yeyunal látero-lateral con endograpadora y cierre del defecto con V-Loc®. En la confección del reservorio se utiliza sutura mecánica "barbada" (Echelon FLEX™ GST System), con dificultad en la curvatura menor. Es reintervenido al sexto día postoperatorio, objetivándose fuga de colorante puntiforme a nivel de cara posterior del reservorio con peritonitis purulenta localizada. Se realizan lavados, colocación de drenajes y gastrostomía de alimentación en estómago excluido.

DISCUSIÓN

El desarrollo de nuevos materiales que facilitan el desarrollo de técnicas mínimamente invasivas, y simplifican nuestro trabajo, no están exentos de riesgos que debemos conocer, y en la medida de lo posible prevenir. A lo largo del último año tuvimos tres complicaciones de cirugía bariátrica que precisaron de reintervención, cuando en los dos años previos no tuvimos ninguna, lo que nos debe poner en alerta sobre sus riesgos potenciales.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA GASTROGÁSTRICA TRAS CIRUGÍA DE BYPASS

Vivas López, A. ¹; Gil-Diez, D. ¹; Sánchez García, C. ¹; Solis, F. ¹; Narváez, C.S. ¹; Durán, M. ¹; Gómez Rodríguez, P. ¹; Rodríguez Cuellar, E. ¹; Ferrero Herrero, E. ¹; De La Cruz Vigo, F. ².

¹ Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ² Hospital Universitario 12 de Octubre - Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

OBJETIVOS

El bypass gástrico en Y de Roux es una técnica segura, con buenos resultados y baja morbimortalidad. Las complicaciones, aunque infrecuentes, suelen ser difíciles de diagnosticar.

La fístula gastrogástrica consiste en una comunicación anómala entre el pouch gástrico (proximal) y el remanente gástrico (distal). Su incidencia oscila entre un 1.5 y un 6% siendo los síntomas más frecuentes la ausencia de pérdida de peso o la reganancia ponderal, la reaparición o empeoramiento de la diabetes mellitus y otros más inespecíficos como náuseas, vómitos y dolor abdominal.

En cuanto a la patogénesis, el fallo en la técnica quirúrgica se considera la principal etiología. Otras causas son la fuga anastomótica (tanto a nivel del pouch como de la anastomosis gastroeyunal) la úlcera marginal, las erosiones por cuerpos extraños y la dilatación del pouch.

Para su diagnóstico es preciso realizar una endoscopia asociada habitualmente a un estudio de imagen con contraste oral (la presencia de contraste en el remanente gástrico en ausencia de reflujo en el asa biliopancreática se considera diagnóstica).

Se puede realizar un manejo conservador con inhibidores de la bomba de protones, erradicación del helicobacter pylori y cese del hábito tabáquico o tratamiento endoscópico, sin embargo muchos grupos siguen considerando la revisión en quirófano la primera opción terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 64 años, hipertensa, intervenida de bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux en 2003 con IMC inicial de 47.5 con buena pérdida de peso posterior llegando a IMC 28.5 en dos años.

10 años después de la intervención la paciente es diagnosticada de una fístula gastro-gástrica mediante un TC abdominal realizado por otro motivo en el que se observó contenido en el remanente gástrico. La paciente se encontraba asintomática y sin reganancia ponderal. En la endoscopia se visualiza gastritis superficial con bacilos helicobacter pylori en el remanente. En el tránsito gastroduodenal se aprecia una fístula grande con importante paso de contraste al remanente.

Se instauró tratamiento conservador con IBP, terapia erradicadora y recomendación de abandonar el hábito tabáquico sin éxito.

Ante la persistencia de la fístula se decide intervención quirúrgica.

RESULTADOS

Se realizó una revisión por laparoscopia con liberación de adherencias previas, sección del trayecto fistuloso con endograpadora y refuerzo de ambas líneas de sutura (pouch y remanente gástrico) con sutura barbada, interposición de parche de epiplón y realización de gastrostomía de descompresión en el remanente.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias siendo dada de alta a los dos días.

CONCLUSIÓN

La fístula gastrogástrica es una complicación infrecuente y de difícil diagnóstico que debe sospecharse en pacientes con reganancia ponderal o empeoramiento de la diabetes.

Aunque algunos grupos abogan por un manejo endoscópico, especialmente en fístulas menores de 1 cm, no existen resultados a largo plazo que avalen esta opción.

La reintervención quirúrgica ante el fracaso del tratamiento conservador es una técnica eficaz y segura que se puede realizar por vía laparoscópica y que ofrece buenos resultados a largo plazo con buena pérdida de peso posterior y mejoría de la diabetes.

RETIRADA DE BANDA GÁSTRICA COMPLEJA

M.C. Fernández Moreno, M. Lapeña Rodríguez, R. Martí Fernández, R. Alfonso Ballester, N. Cassinello Fernández, J. Ortega Serrano.

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

OBJETIVOS

Describir la técnica híbrida empleada para la retirada de una banda gástrica ajustable de larga evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe un caso clínico de intrusión de banda gástrica retirada por técnica híbrida. Se exponen las opciones terapéuticas en estos casos y se discuten sus indicaciones.

RESULTADOS

Abordaje laparoscópico para la retirada de la banda gástrica asociando la vía endoscópica para localizar el defecto y descartar otras lesiones ulcerosas gástricas. Por laparoscopia se tutoriza el defecto con sonda Foley y se sutura ajustando la sonda al defecto. Se deja un drenaje Martí-Palanca en el lecho y por vía endoscópica se deja sonda de nutrición enteral. El paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio.

CONCLUSIONES

La banda gástrica ajustable es empleada en el tratamiento de la obesidad siendo un procedimiento poco invasivo sin embargo no se trata de una técnica inocua. La banda gástrica es un cuerpo extraño que, en algunos casos, puede ocasionar una intensa reacción fibrótica gástrica y adherencial intraabdominal, por ello, el abordaje híbrido combinando laparoscopia y endoscopia sería un recurso a considerar en estos casos.

ENFERMERÍA - COMUNICACIONES ORALES**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN UNA MUESTRA DE 95 PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA**

S. Borrachero Almodóvar ¹, G. Nicola Orejas ², A. Cruz Ritter ¹, B. Manga De Perla Y Perla ¹, D. Del Bosque González ¹, A. Pagan Pomar ².

¹ Centro Integral de Nutrición Islas Baleares, Palma de Mallorca; ² Hospital UNIVERSITARIO SON ESPASES, Palma de Mallorca.

OBJETIVO

La Gastrectomía vertical laparoscópica es una técnica bariátrica en auge en los últimos tiempos ya que se asocia con unos buenos resultados a corto y medio plazo y una tasa baja de complicaciones. Presentamos nuestra experiencia y resultados de las gastrectomías verticales realizadas en el periodo referido. Nuestro objetivo es evaluar la calidad de vida en una serie de 95 de pacientes intervenidos mediante gastrectomía vertical laparoscópica y conocer información sobre el nivel de satisfacción de nuestros pacientes tras la intervención quirúrgica. El tiempo medio transcurrido desde la intervención fue de dos años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Prospectivamente desde marzo de 2010 a Diciembre de 2015 se han realizado 95 gastrectomías verticales laparoscópicas en la Unidad de Cirugía Esofagogastrica del Hospital Universitario de Son Espases. La calidad de vida fue evaluada con el cuestionario Moorehead-Ardelt, evaluando las dimensiones: autoestima, actividad física, relación social, satisfacción con el trabajo, actividad sexual y relación con la comida. La puntuación se realiza mediante una escala visual de 10 puntos.

RESULTADOS

Se intervinieron 25 hombres y 70 mujeres con edades comprendidas entre 26 y 62 años con una media de 40,6 años. El peso medio de los pacientes fue de 134,45 ±10,35 Kg con un IMC medio de 47,54 kg/m². Modificaciones antropométricas a los 2 años: El peso medio de los pacientes fue de 80,45 ±15,68 Kg con un IMC medio de 32,58±4,61 Kg/m² y un porcentaje de sobrepeso perdido del 76,61%. La calidad de vida fue muy buena/ buena en 86 pacientes (94,7%) y se mantuvo sin cambios en 5 pacientes de la serie (5,2%).

	Mucho mejor	Mejor	Igual	Peor	Mucho Peor
Autoestima	82	8	2	1	2
A Física	89	3	1	2	
R Social	83	10	1	1	
A Laboral	84	7	3	1	
R Sexual	75	12	2	3	3
Hábitos	80	10	3	2	

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes intervenidos mediante gastrectomía vertical laparoscópica consideran que su calidad de vida ha mejorado tras la intervención. Debido al corto tiempo de evolución desde la intervención los resultados muestran una percepción muy favorable de la calidad de vida obtenida con la cirugía.

UTILIDAD DE “TEST PROTOCOLIZADOS” NUTRICIONALES, PSICOLÓGICOS Y CLÍNICOS, PARA EL SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

P. Avellaneda Portero, J.V. Ferrer Valls, V. Fandos, Á. Sanahuja, Y. Melero, A. González, E. Pérez-Folqués, N. Saiz.

Clínica Obésitas, Valencia.

OBJETIVOS

Dar a conocer una serie de test protocolizados para la evaluación multidisciplinar (clínica, nutricional y psicológica) de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica. Valorar la evolución de la puntuación de los pacientes durante el seguimiento a 12 meses tras cirugía bariátrica.

MÉTODOS

Estudio prospectivo sobre un grupo de 20 pacientes intervenidos de Gastrectomía Vertical y 20 de Bypass Gástrico, seleccionados de manera consecutiva. Se realiza a los pacientes unos test protocolizados al mes 1, 6 y 12 tras la intervención, puntualizando del 1 al 10 según valoración de los especialistas (cirujano, nutricionista y psicóloga). Se analizan factores asociados, como el inicio de la obesidad de los pacientes (infancia, adolescencia o adultez), los perfiles nutricionales (picoteador y gran comedor) y los emocionales (presencia de ansiedad y depresión) de manera previa a la intervención.

RESULTADOS

El grupo intervenido de Gastrectomía Vertical está formado por 14 mujeres y 6 hombres, y el de Bypass Gástrico, por 13 mujeres y 7 hombres, con edad e IMC inicial similares ($35,5 \pm 10,2$ y $38,4 \pm 10,3$ años, y $39,2 \pm 6,2$ kg/m² y $43,8 \pm 6,8$ kg/m², respectivamente). A los 12 meses tras la cirugía, el % de sobrepeso perdido es de 76,1% y 77,9% para Gastrectomía Vertical y Bypass Gástrico, respectivamente. Los pacientes intervenidos de Gastrectomía Vertical presentan una puntuación media de 7,3, 6,4 y 8,2 para las evaluaciones nutricional, psicológica y clínico- quirúrgica. Mientras que los intervenidos de Bypass Gástrico obtienen 7,8, 7,0 y 8,5, respectivamente. No se encuentran diferencias en el inicio de la obesidad de los pacientes, en el perfil nutricional, ni en el psicológico entre ambas intervenciones.

CONCLUSIONES

1- La utilización de test protocolizado y puntuable, nos permite valorar la evolución del paciente sobre sí mismo y compararlos entre sí. 2- En el estudio, los pacientes intervenidos de Bypass Gástrico obtienen mejor puntuación, además de un % de sobrepeso perdido mayor. 3- En el estudio del perfil nutricional y psicológico preoperatorio de ambos grupos, no se encuentran diferencias destacables, por lo que la mayor puntuación global del grupo de Bypass Gástrico podría deberse a un mayor compromiso de este grupo.

INTERVENCIÓN GRUPAL EN PACIENTES POST CIRUGÍA BARIÁTRICA

G. Nicola Orejas¹, S. Borrachero Almodóvar², A. Cruz², A. Bianchi¹, J.A. Martínez Corcoles¹, R. Urgeles¹, A. Pagan Pomar¹.

¹ Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca; ² Centro Integral de Nutrición Islas Baleares, Palma de Mallorca.

OBJETIVOS

Presentar nuestra experiencia de un programa grupal de educación nutricional en pacientes con obesidad mórbida tras la realización de cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODO

En 2013 se iniciaron en el Hospital Universitario Son Espases terapia de educación nutricional a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro.

Realización de talleres de educación nutricional semanales durante los tres primeros meses post cirugía y mensuales hasta los seis meses posteriores.

Los aspectos nutricionales desarrollados abarcan conceptos básicos de alimentación y nutrición - nutrientes, frecuencia de consumo de alimentos, hidratación, importancia del consumo de proteínas y de los suplementos de vitaminas y minerales, etiquetado nutricional, etc.-, otros aspectos relacionados con la alimentación habitual tales como comidas fuera de casa, alimentación en periodos festivos, reorganización de la estructura de alimentación familiar, lista de la compra, etc. y Además, se trabajan aspectos sobre actividad física, - importancia del ejercicio físico, cuando comenzar, frecuencia recomendada, tipo de ejercicio, etc.

RESULTADOS

Desde 2013 a julio 2017, 75 pacientes (28,8%) han acudido a grupos de educación nutricional de los 260 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro.

La media de edad fue del total de la muestra fue de 43,16 (mas menos 12,34 años), el 80,4% estaba representado por el sexo femenino y el 22,6% eran de sexo masculino.

El peso medio fue de 134,45 (mas menos 10,35 kg) con un IMC entre 43,4 y 54,5 kg (media 47,54 kg/m²).

El 58,25% de la serie presenta comorbilidades, (38,2% HTA, 19,8% DMT2, 28,17% DLP, 23,79% SAOS y 28,17% artropatía por sobrecarga).

El 48% de los pacientes refirió que presentaba una obesidad de comienzo en la edad infantil y el 100 % había realizado múltiples dietas previas a la cirugía.

La adhesión de los pacientes que han acudido a la terapia grupal, a los tres meses fue superior al 90% con abandonos debidos fundamentalmente a problemas de horario laboral y de lugar de residencia.

Del total de pacientes que siguieron asistiendo a los grupos a los 6 meses, el 40% había mejorado su patrón de actividad física y la totalidad de la muestra refirió haber mejorado su hábito de alimentación. (disminución consumo de azúcar y de grasas, elaboración de comidas con menor contenido en calorías, dar prioridad al consumo de proteínas frente al de hidratos de carbono).

CONCLUSIONES

Los talleres de educación nutricional y de modificación de conducta en pacientes que han sido intervenidos de cirugía bariátrica, son una herramienta terapéutica eficaz y de bajo costo sanitario que permite a los usuarios, compartir experiencias, aclarar concepciones erróneas sobre nutrición y pérdida de peso, además de mejorar la motivación y la adhesión a una nueva forma de alimentarse.

TOLERANCIA ALIMENTARIA TRAS DIFERENTES TÉCNICAS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.A. García Duran ¹, M.C. Rico Sánchez ¹, A. Pereda Gil ², A.R. Fernández Carrera ².

¹ Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ² Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Conociendo las dificultades en la tolerancia alimentaria y los vómitos, en particular a los alimentos proteicos, que tienen los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, nuestro propósito es analizar la tolerancia alimentaria en diferentes técnicas quirúrgicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio transversal de la tolerancia alimentaria mediante cuestionario de Suter en pacientes operados de cirugía bariátrica con más de cinco años de evolución. Dando una puntuación máxima de 27 puntos a los de mejor tolerancia y de 1 punto a los que su tolerancia era peor.

Resultados: Se analizaron 100 pacientes de By-pass gástrico, 100 pacientes de Derivación Bilio-pancreática y 50 pacientes de Sleeve gástrico. La puntuación media del cuestionario fue de 24,6 puntos para el BG, 23,8 para el DBP y 24,5 para el SG, no encontrando diferencias significativas en la tolerancia global por grupos de alimentos ni en la presencia de vómitos a largo plazo.

CONCLUSIONES

El empeoramiento de la calidad de ingesta alimentaria es irregular en los primeros meses tras la cirugía bariátrica, mejorando progresivamente sin obtener grandes diferencias a largo plazo entre las tres técnicas estudiadas.

RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD CON LA DEDICACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

S. Rabadán, A. Arce, A.B. Arévalo, R. Calviño, A. Bianchi, J.A. Martínez, A. Pagan, X.F. González.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

OBJETIVO

El cuidado de enfermería intraoperatorio en la cirugía resulta ser fundamental para el correcto desarrollo de todo los procedimientos quirúrgicos. Como en otros procedimientos, en la cirugía bariátrica la formación de personal especializado y una dedicación preferente en áreas determinadas permite mejorar los resultados disminuyendo la estancia hospitalaria postoperatoria y con eso permitir una más rápida incorporación a la vida cotidiana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Valorar la formación y la experiencia del personal de enfermería del Hospital Universitario Son Espases en el manejo intraoperatorio en la cirugía bariátrica a través de un estudio descriptivo en la que se compara el tratamiento de la cirugía bariátrica mediante abordaje laparotómico frente a un abordaje laparoscópico.

RESULTADOS

Se revisa una serie de casos de forma retrospectiva entre enero del 2005 y diciembre de 2017 que incluye 342 pacientes sometidos a cirugía bariátrica, con seguimiento medio de 38 meses. Los pacientes fueron evaluados cada trimestre. El 72% de los paciente fueron intervenido por vía laparoscópica y el restante 28% por vía laparotómica. La estancia postoperatoria total de la muestra fue de 9,7 (7,8- 11,6) días en la cirugía abierta y de 4,6 (3,2 – 8,3) en la cirugía laparoscópica.

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica laparoscópica permite una mejora en la recuperación de los pacientes sometidos a tales procedimientos. La integración y la especialización del personal de enfermería contribuye en conseguir dichos resultados.

PROTOCOLO QUIRÚRGICO DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

J.M. Torres Gutiérrez, D. Niebla, A. Arévalo, E. Ferrer, S. Lladó, S. Rabadán, A. Arce, R. Calviño.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica constituye una alternativa terapéutica eficaz en pacientes con obesidad mórbida refractaria al tratamiento médico. La introducción de la técnica laparoscópica a las cirugías bariátricas contribuye de forma importante a disminuir la morbi-mortalidad.

OBJETIVOS

Valorar de forma retrospectiva la instauración de un protocolo quirúrgico de enfermería que nos permita unificar criterios y organizar de forma consensuada todas aquellas actividades realizadas por el personal de enfermería que interviene en este tipo de cirugías.

MATERIAL Y MÉTODOS

El protocolo está basado en un Checklist que se realiza desde la recepción del paciente en quirófano hasta su traslado a la Unidad de recuperación post-anestésica. Consiste en la preparación del quirófano, material de anestesia, monitorización, instrumental, material fungible y aparataje específico. Posición, confort y seguridad del paciente.

RESULTADOS

Estudio retrospectivo entre enero de 2005 y diciembre de 2017. La muestra está compuesta por 342 individuos. El 72% fueron intervenidos por vía laparoscópica y el 28% por laparotomía. El protocolo se aplicó al 100% de la muestra. No se han observado incidencias no deseables con su aplicación. El uso de un protocolo de enfermería quirúrgica en cirugía bariátrica nos ha permitido organizar las actividades intraoperatorias, la distribución de responsabilidades y la planificación de la instrumentación quirúrgica.

CONCLUSIONES

La aplicación de este protocolo facilita el trabajo de los profesionales y la formación del nuevo personal de enfermería.

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES BARIÁTRICOS PREVIO A GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA Y COMPARACIÓN A MEDIO PLAZO

M.A. Boleko Ribas, E. Gámez Córdoba, M. Prados Guzmán.

Instituto USP Dexeus S.A., Barcelona.

La obesidad es una enfermedad multifactorial asociada con varias comorbilidades. La cirugía bariátrica se ha convertido en la terapia más eficaz para conseguir una pérdida de peso mantenida y la resolución o mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad.

No obstante, todo tipo de método quirúrgico bariátrico, implica al modificar el tracto gastrointestinal, en menor o mayor grado, la existencia de déficits nutricionales.

Hay evidencia clara de déficits tras cirugías malabsortivas, pero sólo recientemente se ha empezado a focalizar la importancia de estudiar dichos déficits en la población bariátrica intervenida mediante sleeve gástrico, dado que dicho método no sólo se ha generalizado, sino que se ha convertido hoy en día en una técnica quirúrgica ampliamente extendida y utilizada sin ser paso previo a.

La población mórbida tiende a presentar déficits nutricionales basados en la restricción de micronutrientes previo a la cirugía por las dietas utilizadas, por conductas alimentarias inadecuadas o por secuestro de vitaminas (vitamina

D) por parte del tejido adiposo sobrante.

El sleeve gástrico se considera una técnica que conlleva menor déficit de micronutrientes que las técnicas mixtas o malabsortivas. No obstante, el paso rápido de la comida a través de la manga gástrica, una concentración baja de factor intrínseco y una producción de HCl menor pueden contribuir al desarrollo de deficiencias vitamínicas.

OBJETIVOS

¿Existen recomendaciones nutricionales específicas de cara al seguimiento de los pacientes intervenidos mediante sleeve gástrico?

Dicho seguimiento, ¿está validado por estudios a largo plazo o se hace sobre la marcha en función de las analíticas de control?

¿Se puede incidir en dichos déficits basalmente previo a la cirugía de cara a optimizar resultados?

¿Podríamos incluir este criterio como medida de estándar de calidad?

MATERIALES Y MÉTODOS

Base de datos 2011-2017: Cerca de 200 pacientes intervenidos de OM mediante LSG en Hospital Universitari Dexeus (Unidad Cirugía Barcelona), Dr. Prados. Comparación nutricional mediante analíticas (preoperatorias y en los controles sucesivos a los 3-6-9-12 meses).

RESULTADOS

Existen recomendaciones nutricionales generalizadas con respecto a la cirugía bariátrica, no específicas para el LSG.

Dado que el sleeve no es una técnica malabsortiva, creemos que se tiende a pasar por alto los posibles déficits presentes en el preoperatorio y que dichos déficits sin un control adecuado pueden verse agravados, con perjuicio para la salud y la calidad de la vida del paciente.

CONCLUSIONES

El éxito de la cirugía bariátrica debería incluir la capacidad de mantener un estado nutricional óptimo, por lo que éste debería ser considerado un estándar de calidad más. Es necesario un mayor control previo a la cirugía a la hora de detectar déficits nutricionales que pueden agravarse debido a la suma de un mal control y de la ausencia de cambios de hábitos por parte del paciente.

CÓMO HAN PASADO LOS AÑOS....

A.R. Fernández Carrera, M.Á. Durán García, A. Pereda Gil, C. Rico Sánchez.

H. Clínico San Carlos, Madrid.

Desde la premisa que el tratamiento quirúrgico es, en la actualidad, el único tratamiento eficaz y duradero para la obesidad mórbida y, en muchos casos, mejora sensiblemente e incluso cura complicaciones metabólicas como la diabetes o la hipertensión, queremos presentar un trabajo en el que hemos analizado los resultados de las cirugías más prevalentes en nuestro centro, en el que se realizan anualmente entre 150/200 intervenciones de cirugía bariátrica.

Hemos comparado los resultados, en un período de cinco años tras la cirugía, de tres técnicas quirúrgicas: bypass gástrico (el goldstandard de la cirugía bariátrica y con la que se comparan el resto de técnicas), gastrectomía vertical y SADI-S. Cada una de estas técnicas está enfocada a un tipo de pacientes, pero todas ellas buscan el mismo objetivo.

Hemos revisado los pacientes intervenidos en 2012, los resultados ponderales y de la evolución de las comorbilidades asociadas, así como otros parámetros que nos han parecido interesantes en estos pacientes, relacionados con la calidad de vida, el ejercicio físico...

MANEJO DE LAS SUTURAS LAPAROSCÓPICAS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. VISIÓN DE LA ENFERMERÍA

M. Ferrer Márquez, M.J. Torrente Sánchez, M.J. Solvas Salmerón, F. Rubio Gil, M. Ferrer Ayza, A. Martínez-Amo.

Clínica Mediterráneo, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La obesidad mórbida se ha convertido actualmente en la epidemia del siglo XIX. Entre las principales técnicas quirúrgicas para su tratamiento, encontramos la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) y el bypass gástrico (BG). A pesar de la que laparoscopia comenzó hace años y es una técnica estandarizada en multitud de intervenciones de la práctica quirúrgica habitual (colecistectomías, enfermedad por reflujo gastroesofágico...), son muy pocas las que obligan al manejo intracorpóreo de suturas. El conocimiento del tipo de sutura necesaria durante la instrumentación es fundamental para el buen desarrollo de la cirugía. El objetivo de este estudio es describir el manejo de suturas intracorpóreas en cirugía bariátrica.

METODOLOGÍA

La enfermera instrumentista, tras la colocación de la mesa y antes del comienzo de la cirugía, deja preparadas las suturas necesarias durante la cirugía en función de la técnica elegida.

- En la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) la utilizamos en la realización de la sutura invaginante (tras realizar la gastrectomía). Aunque no todos los autores defienden su uso, nuestro equipo, al igual que el de Baltasar et al, de forma rutinaria realiza invaginación sero-serosa de la sutura mecánica mediante barbada 2/0, con la idea de controlar el sangrado y disminuir el porcentaje de fístulas gástricas. la sutura utilizada es una barbada 2/0 de unos 12 cm de longitud (con la idea de realizar la sutura con un único hilo).
- En el minigastric bypass (MGB) la utilizamos para la realización de las anastomosis gastro-entérica. Ambas anastomosis las realizamos latero-laterales mediante el uso de endograpadoras Tri-staple. Es necesaria la preparación de dos suturas de 5 cm (para fijar el asa al reservorio y dar el punto de uno de los extremos de la gastroentero anastomosis), y una doble de 10 cm (para la gastroentero anastomosis).

RESULTADOS

Se han intervenidos un total de 140 pacientes (74% mujeres) con un peso medio de 138 Kg y un IMC medio de 46,2 kg/m². Las técnicas realizadas han sido 104 GVL, 36 minigastric bypass. No se han presentado complicaciones intraoperatorias. La estancia hospitalaria media ha sido de 2,3 días.

CONCLUSIONES

El conocimiento de las suturas necesarias en cirugía bariátrica por enfermería, es fundamental para el buen hacer quirúrgico, disminuyendo así el tiempo operatorio y facilitando la coordinación entre todos los miembros de la Unidad.

SATISFACCIÓN SEXUAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.A. Pomares-Callejón¹, M.J. Solvas-Salmerón¹, M. Ferrer-Márquez¹, R. Belda-Lozano¹, E. Vidaña-Márquez¹, A. Soriano-Maldonado².

¹ Hospital Torrecárdenas, Almería; ² Universidad de Almería, Almería.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica mejora la función sexual en pacientes obesos, aunque dicha mejora es desconocida en la esfera de la satisfacción sexual. Los objetivos del estudio son: 1) describir la satisfacción sexual en hombres y mujeres obesos severos/mórbidos candidatos a cirugía bariátrica; 2) valorar los efectos de la cirugía bariátrica en la satisfacción sexual a los 12 meses de seguimiento y 3) evaluar si los cambios en el peso tras el seguimiento se asocian con cambios en la satisfacción sexual.

MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo desde febrero de 2011 hasta junio de 2014. Un total de 44 pacientes con obesidad severa/mórbida participaron en el estudio. Se valoró la satisfacción sexual (al inicio del estudio y tras 12 meses de seguimiento) a través del cuestionario del Índice de Satisfacción sexual (ISS).

RESULTADOS

De los 44 pacientes que completaron el cuestionario preoperatoriamente con una edad media de 40,3 años (DE = 9,4) y un IMC de 46,9 kg/m² (DE = 6,2), 17 se perdieron durante el seguimiento. La puntuación total del ISS preoperatorio fue de 32,0 (DE = 20,1) en mujeres y de 24,4 (DE = 16,0) en hombres ($p > 0,05$). La proporción de hombres y mujeres con satisfacción sexual preoperatoria fue 62,5 y 46,6%, respectivamente ($p = 0,360$). Durante el seguimiento, la satisfacción sexual mejoró significativamente en mujeres (diferencia media de 13,7 unidades; $p = 0,032$), pero no en hombres (diferencia media de 3,6 unidades; $p = 0,717$). El porcentaje de mujeres con problemas de satisfacción sexual se redujo en un 33% tras el seguimiento ($p = 0,038$).

CONCLUSIONES

Un porcentaje elevado de mujeres y hombres obesos severos/ mórbidos presentan problemas de satisfacción sexual antes de la cirugía bariátrica. La satisfacción sexual mejora significativamente tras 12 meses de seguimiento, sobre todo en mujeres.

ESTUDIO DE LA FUNCIÓN SEXUALIDAD EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.A. Pomares-Callejón¹, M. Ferrer-Márquez¹, M.J. Solvas-Salmerón¹, R. Belda-Lozano¹, E. Vidaña-Márquez¹, A. Soriano-Maldonado².

¹ Hospital Torrecárdenas, Almería; ² Universidad de Almería, Almería.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad constituye una función básica del ser humano que implica factores fisiológicos, emocionales y cognitivos, y que guarda una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida del individuo. El objetivo del estudio es valorar la influencia de la cirugía bariátrica en la sexualidad de los pacientes con obesidad severa/mórbida tras doce meses de seguimiento.

MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo desde febrero de 2011 hasta junio de 2014 llevado a cabo por la Unidad de Cirugía Bariátrica. Un total de 44 pacientes con obesidad severa/mórbida participaron en el estudio. Se valoró la sexualidad (al inicio del estudio y tras 12 meses de seguimiento) a través de la Escala corta para la Valoración de la Actividad Sexual en Hombres (EVAS-H) y del cuestionario evaluador de la Función Sexual en la mujer (FSM).

RESULTADOS

De los 44 pacientes que completaron el cuestionario preoperatoriamente con una edad media de 40,3 años (DE = 9,4) y un IMC de 46,9 kg/m² (DE = 6,2), 16 se perdieron durante el seguimiento. En el EVAS-H preoperatorio, la puntuación total del cuestionario fue de 42 puntos, a pesar de que un 21% de la muestra estudiada presentó disfunción en la actividad sexual (puntuación total < 38). En cuanto al FSM, se pudo observar que entre el 70-89% de las dimensiones sexuales no presentaron trastorno, aunque sí lo existía en un 15% en la lubricación, entre un 4-12% en el orgasmo, un 58% en problemas con la penetración vaginal y un 73% en ansiedad anticipatoria. En el postoperatorio, la actividad sexual global se incrementó significativamente en los hombres (incremento medio 8,7 unidades; p=0,026). En las mujeres no se observaron cambios relevantes en ninguna dimensión de la función sexual (p>0,05).

CONCLUSIONES

Los pacientes con obesidad severa/mórbida candidatos a cirugía bariátrica, presentan alteraciones considerables en diversas dimensiones de la sexualidad. Tras 12 meses de seguimiento, los hombres presentan mejoría en la actividad sexual global, a diferencia de las mujeres que no parece variar de forma significativa. Son necesarios estudios con mayor número de pacientes y bien diseñados para obtener resultados más sólidos.

VALORACIÓN DE RESULTADOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA SEGÚN ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

E. Martín Gómez, M. Molina Fernández, M.L. Irigoyen Espinal, L. Endemaño Lucio, V. Valenti Azcarate.

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica ha demostrado su eficacia para el control de la obesidad mórbida y el síndrome metabólico. Es imprescindible establecer cuáles son los criterios de calidad que definen la buena práctica en cirugía bariátrica para poder contrastar los resultados y saber si estamos ofreciendo un tratamiento quirúrgico eficaz.

OBJETIVOS

Análisis de los resultados de la práctica clínica en nuestro hospital según los indicadores de calidad validados por la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) y Sección de Obesidad de la AEC para la práctica clínica en cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

500 pacientes intervenidos de manera consecutiva en nuestro hospital acreditado como centro de excelencia europeo para cirugía bariátrica y metabólica (IFSO-EU). Se aplican retrospectivamente los siguientes indicadores recomendables para su valoración: indicadores de proceso, indicadores de resultado e indicadores adicionales.

RESULTADOS

La adecuación de los indicadores de proceso se cumple en un 100%. Con respecto a los indicadores de resultado, las cifras se sitúan dentro de la recomendación de la SECO. Los indicadores adicionales se cumplen en un 100% de los casos, siendo un punto pendiente en nuestro hospital conocer el grado de satisfacción del paciente mediante la distribución de encuestas validadas para tal efecto en el ingreso hospitalario y seguimiento posterior.

CONCLUSIONES

La continua formación del equipo multidisciplinar y la aplicación de protocolos validados para la práctica clínica en cirugía bariátrica da como resultado datos de actuación seguros y eficaces. El análisis mediante herramientas objetivas validadas internacionalmente nos hace conocer la realidad de nuestra actuación e implementar aquellos campos susceptibles de mejora.

**RESULTADO PONDERAL A LOS 2 AÑOS DE UNA GASTRECTOMÍA VERTICAL EN LA OBESIDAD MÓRBIDA.
¿INFLUYE EL GÉNERO, LA EDAD Y EL IMC EN LA REGANANCIA?**

C. Jiménez Ramos, P. Macías Díaz, A. Cano Matías, R. Pérez Huertas, A. Domínguez Amodeo, J.M. Cáceres Salazar, E. Domínguez-Adame Lanuza.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

OBJETIVOS

1) Determinar el porcentaje de pacientes que incrementan más de 2 kg de peso entre 1 y 2 años de practicarse una gastrectomía vertical (GV); 2) Analizar la proporción de pacientes que mantienen un porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) $\geq 50\%$ en el citado periodo 3) Comparar la frecuencia de reganancia según: sexo, grupos de edad e índice de masa corporal (IMC) inicial; 4) Analizar la significación estadística de reganancia según sexo, edad e IMC inicial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal retrospectivo de una cohorte de pacientes a los que se le realiza una GV entre enero de 2012 y junio de 2015. Se seleccionaron los pacientes que completaron las revisiones programadas a los 12, 18 y 24 meses en la Consulta de Enfermería Bariátrica. En las visitas se objetiva el peso, IMC y se realiza Educación para la Salud con el objetivo de modificar hábitos y establecer un estilo de vida saludable. 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; porcentajes para las variables cualitativas y se realizó estadística descriptiva no paramétrica (prueba χ^2 de Pearson). Se respetaron los principios de Guías de Buena Práctica Clínica en investigación.

RESULTADOS

98 pacientes de la cohorte (83,76%) acuden a las revisiones, y de ellos 46 presentaron un aumento ponderal ≥ 2 kg (46,93%) con un incremento medio de 3,81 kg. La distribución de la muestra fue: 59% de mujeres y 41% hombres, con una edad media de 43,8 años ($\pm 9,29$) y un IMC al inicio del proceso de 47,41 ($\pm 5,94$). A pesar del alto porcentaje de pacientes que recuperó peso, el 85% mantuvo un PSP $> 50\%$ a los 2 años. Al analizar las frecuencias de reganancia en nuestra serie se obtuvo: 1) 27 mujeres (59%) y 19 varones (41%) ganaron más de 2 kg; 2) 7 pacientes < 35 años (15,2%), 25 entre 35-50 años (54,3%) y 14 > 50 (30,4%) presentaron reganancia; 3) hubo

32 casos (69,6%) que presentaban un IMC inicial < 50 frente a 14 ≥ 50 (30,4%). Según los resultados obtenidos y teniendo en cuenta los pacientes que mantienen la pérdida de peso según el género, existe una clara tendencia de reganancia entre los varones aunque no se ha obtenido significación estadística respecto al sexo ($p=0,133$), al igual que sucede con la edad y el IMC.

CONCLUSIONES

Existe un grupo importante de pacientes que a los 2 años de practicarse una GV presentan un incremento ponderal > 2 kg. Sin embargo, y a pesar de la reganancia, el porcentaje de personas que mantiene una pérdida de exceso de peso $\geq 50\%$ en este tiempo es del 85%, lo que nos lleva a concluir que la GV es una técnica válida en cirugía bariátrica. Se demuestra una mayor tendencia a ganar peso entre los varones frente a las mujeres, no existiendo una tendencia demostrada cuando se trata de la edad ni del IMC que presentan al inicio del proceso.

REGISTRO DE LLAMADAS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA POR UNA ENFERMERA ESPECIALISTA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.J. Torrente-Sánchez, M.J. Solvas-Salmerón, M. Ferrer-Márquez, F. Rubio-Gil, A. Martínez-Amo, M. Ferrer-Ayza.

Hospital Mediterráneo, Almería.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La cirugía bariátrica se ha consolidado en los últimos años como el tratamiento más efectivo en pacientes con obesidad severa-mórbida, cuando otros mecanismos fallan (dieta, ejercicio físico...). En nuestro equipo, antes y tras la cirugía bariátrica, el papel de la enfermería es fundamental. Nuestro objetivo es describir las llamadas recibidas por enfermería tras la cirugía bariátrica durante un periodo de 6 meses.

MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo en el que se incluyen pacientes intervenidos de cirugía bariátrica desde julio hasta diciembre de 2017. La técnica quirúrgica utilizada es el minigastric bypass. Los pacientes han sido valorados previamente por un equipo multidisciplinar (endocrinos, nutricionistas, psicólogos y cirujanos). Tras el alta quirúrgica, a todos los pacientes se les entrega el teléfono de la enfermera de la Unidad para que puedan consultar ante cualquier duda. Las variables estudiadas relacionadas con las llamadas son: número de llamadas, patología por la que consultan y momento del seguimiento en el que se realizan.

RESULTADOS

Se han intervenidos un total de 23 pacientes (60.8% mujeres) con un peso medio de 118.5 Kg y un IMC medio de 42.6 kg/m². La estancia hospitalaria media ha sido de 2 días. Se han recibido un total de 95 llamadas tras el alta hospitalaria (Media=4.1). Durante la primera semana se han recibido 46 llamadas (48.4%). Los tres motivos más frecuentes de consulta fueron: problemas con el drenaje (10.5%), estreñimiento (7.3%), preguntas relacionadas con la herida quirúrgica (6.3%). Tras la primera semana, se han recibido un total de 49 llamadas (51.5%). Los motivos más frecuente han sido dudas dietéticas (17.8%), vómitos (5.2%), dudas en el tratamiento (5.2) y pirosis (5.2%).

CONCLUSIONES

La presencia de una enfermera localizada tras la cirugía bariátrica es un método de confianza y seguridad de cara al paciente. Las llamadas recibidas con más frecuencia durante la primera semana son aquellas relacionadas con el drenaje. Tras los primeros 7 días, las principales llamadas son relacionadas con las dudas en la dieta. Cabe destacar que el mayor número de llamadas se producen durante la primera semana postoperatoria.

EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS) EN PACIENTES DIABÉTICOS INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

A. Moreno Borreguero ¹, E. Cancer Minchot ¹, P. López Fernández ².

¹ Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada; ² Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica (CB) ha demostrado ser muy eficaz en la reducción ponderal y en la mejora de las comorbilidades en pacientes con obesidad severa. Asimismo la CB tiene un papel potencial en la prevención y en el tratamiento de la diabetes tipo 2 en pacientes con obesidad moderada-severa.

OBJETIVO

Demostrar la mejoría del SAOS en pacientes diabéticos sometidos a cx bariátrica desde septiembre a 2007 a febrero de 2016 en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, y su evolución en función del sexo, edad, tipo de intervención quirúrgica y evolución del índice de masa corporal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de una serie de 56 pacientes diabéticos sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Fuenlabrada. Evaluación de resultados en las seis visitas postcirugía que corresponden a los 3, 6, 12, 24, 36 y 48 meses postoperatorios respectivamente.

Las variables analizadas han sido: edad, sexo, Índice de Masa Corporal (IMC), Porcentaje de Exceso de Peso Perdido (PEPP), Porcentaje de Exceso de IMC Perdido (PEIMCP), evolución de la Diabetes Mellitus (DM), presencia y evolución del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS).

Se ha utilizado el PEIMCP como parámetro para definir el resultado ponderal de la CB en excelente (PEIMCP \geq 65%), bueno (\geq 50%) y fracaso ($<$ 50%).

RESULTADOS

Al inicio la prevalencia del SAOS está presente en un 48,2% de los pacientes, reduciéndose este porcentaje progresivamente hasta un 15,1 % a los 48 meses tras la cirugía.

Con respecto al sexo no hay diferencias estadísticamente significativas, existiendo una mayor prevalencia en varones. Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas con la edad, aunque hay mayor incidencia en mayores de 50 años. Con respecto a la técnica quirúrgica, hay una reducción en la prevalencia del SAOS mayor en pacientes sometidos a bypass gástrico que a gastrectomía tubular con diferencias estadísticamente significativas, al inicio 45% vs 56% (bypass vs gastrectomía vertical) y a los 24 meses 16% vs 50%.

Sobre la reducción del SAOS con respecto al PEIMC, hay una reducción en su prevalencia pero tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

Se evidencia una clara mejoría del SAOS en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica acorde a la pérdida de peso que se produce, especialmente en aquellos pacientes sometidos a bypass gástrico.

EVOLUCIÓN DE COMORBILIDADES MAYORES EN PACIENTES DIABÉTICOS INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA CON OBESIDAD SÚPER MÓRBIDA (OSM)

E. Cancer Minchot ¹, A. Moreno Borreguero ¹, P. López Fernández ².

¹ Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada; ² Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica (CB) ha demostrado ser muy eficaz en la reducción ponderal y en la mejora de las comorbilidades en pacientes con obesidad moderada y severa.

OBJETIVO

Comparar la evolución de la pérdida de peso y su impacto en las comorbilidades en pacientes con obesidad y con OSM, diabéticos sometidos a cirugía bariátrica desde el año 2005 hasta el 2015 en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico observacional retrospectivo en 56 pacientes sometidos a CB por dos técnicas quirúrgicas diferentes (gastrectomía tubular y bypass gástrico en Y de Roux), con un período de seguimiento mínimo de 4 años, presentándose 48 pacientes con obesidad mórbida con una edad media de 47,63 años y 8 pacientes con OSM, de 52,13 años de media.

Las variables analizadas han sido: edad, sexo, Índice de Masa Corporal (IMC), Porcentaje de Exceso de Peso Perdido (PEPP), Porcentaje de Exceso de IMC Perdido (PEIMCP), presencia y evolución del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS), de la Diabetes Mellitus (DM), de la hipertensión arterial (HTA) y de la dislipemia (DL).

RESULTADOS

Aunque existe una tendencia a la remisión de la HTA, la DM, la DL y el SAOS, no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de obesos y obesos súper mórbidos. Por el contrario, sí existe una reducción del PEIMC con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos a partir de los 24 meses. La técnica quirúrgica más realizada en pacientes sometidos a cirugía bariátrica con obesidad mórbida es el bypass gástrico (81,3% vs 18,8%), a diferencia de los pacientes con OSM, en la que es la gastrectomía tubular (87,5% vs 12,5%).

DISCUSIÓN

Era esperable que el padecer una OSM se comportara como un factor independiente sobre el resultado de la cirugía en relación con la evolución ponderal, ya que partimos de un IMC muy elevado, y la pérdida de peso en términos de PEIMCP no será tan evidente. A pesar de ello las comorbilidades mayores se reducen de forma muy significativa y con ello la morbimortalidad de estos pacientes.

Los datos obtenidos demuestran que la pérdida de peso tras la cirugía bariátrica es muy significativa.

Presentar obesidades tan extremas parece ser el factor más destacado que marca la evolución ponderal en muchos de estos casos.

CONCLUSIONES

Los parámetros que evalúan la evolución ponderal no deberían considerarse como únicos marcadores de un resultado excelente, bueno o fracaso de la CB, sobretodo en pacientes con obesidades extremas. En los pacientes en los que el PEIMCP sea bajo se debería realizar un análisis individualizado de la evolución de las comorbilidades, calidad de vida y grado de satisfacción. Así mismo en los pacientes con OSM la valoración del éxito de la CB debería basarse fundamentalmente en la resolución de comorbilidades, además de en la reducción