



O-01

## Patología perianal en pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica. Evopaobe

Manuel García-Redondo<sup>1</sup>, Manuel Ferrer-Márquez<sup>1</sup>, Francisco Rubio-Gil<sup>1</sup>, Manuel Ferrer-Ayza<sup>2</sup>, Ricardo Belda-Lozano<sup>1</sup>, Elisabet Vidaña-Márquez<sup>1</sup>, Angel Reina-Duarte<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Torrecárdenas, Almería, España; <sup>2</sup>Clínica Mediterraneo, Almería, España.

**Objetivos:** La obesidad se asocia a un importante número de comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, síndrome de apnea del sueño, problemas osteoarticulares, esteatosis hepática... Según las últimas recomendaciones de la IFSO, la cirugía bariátrica y metabólica es el tratamiento recomendado para pacientes con IMC mayor de 35Kg/m<sup>2</sup> (con o sin patología asociada), consiguiendo buenos resultados con relación a la pérdida de peso, además de mejorar un porcentaje importante de comorbilidades en este tipo de pacientes y disminuir el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular.

La patología perianal benigna presenta una alta prevalencia en la población general. Se trata de patología que, si no se trata y se cronifica, puede afectar a la calidad de vida de los pacientes. Las patologías perianales más frecuentes y por las que suele acudir a consulta los pacientes son las hemorroides, la fisura anal, la fístula anal, el sinus pilonidal y la hidradenitis perianal. El objetivo de nuestro estudio es realizar una descripción y análisis sobre la patología anal benigna en pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica.

**Material y método:** Es un estudio observacional prospectivo multicéntrico. Se incluyen pacientes candidatos a cirugía bariátrica, mayores de 18 años; y que presenten un IMC  $\geq$  40kg/m<sup>2</sup> o 35kg/m<sup>2</sup> con presencia de comorbilidades. Se incluyen variables demográficas como edad, sexo, peso, índice de masa corporal. Además, se incluyen las comorbilidades relacionadas con la obesidad (HTA, DM2, SAOS...) en el momento de la cirugía. Entre las características específicas de la patología anal benigna se incluye la existencia de fisura anal, patología hemorroidal, hidradenitis perianal, sinus pilonidal y fístula anal. También se han utilizado los cuestionarios HEMO-FISS-QoL y SF12-V2 para valorar el impacto de la patología perianal en la calidad de vida.

**Resultados:** Se incluyen 70 pacientes (62,9% mujeres), la edad media es 46,7 años y el IMC preoperatorio de 45,7kg/m<sup>2</sup>. El 20% de la población era fumadora y el 31,4% realizaba ejercicio físico. Se observó presencia de DM en el 20%, HTA en 44,3%, así como SAOS en el 28,6% de los pacientes, cardiopatía isquémica en el 1,4% y TVP en el 2,9%.

Respecto a la patología perianal, el 11,4% tenía antecedentes de intervención proctológica. El 10% presentaba fisura anal (28,6% crónica, 71,4% aguda). El 42,9% de los sujetos presentaba hemorroide externa. Por otro lado, el 61,4% tenían síntomas relacionados con hemorroide interna. El 60,47% se correspondía con un grado 1. Además, se recogió una incidencia de hidradenitis supurativa del 11,4% y del 5,7% para sinus pilonidal, se observó fístula en el 1,4% de los pacientes.

Respecto al dolor referido según la escala EVA, se obtiene un valor medio de 1,66 (1,906DE). El cuestionario HEMO-FISS-QoL arroja un valor medio de 2,1 (0,908DE). La media obtenida para el cuestionario de calidad de vida SF12v2 fue de 37,97 (7,172DE).

**Conclusiones:** La prevalencia de la patología anal en la población obesa candidata a cirugía bariátrica es superior a la de la población general, afectando de forma moderada a la calidad de vida de los pacientes.

O-02

## Fístula, hemorragia y otras complicaciones derivadas de la cirugía bariátrica

**Ana Tomás Martínez, Juan Pérez Legaz, José Antonio Bravo Hernández, Gema Giner Merino, Beatriz Remezal Serrano, Pilar Serrano Paz.**  
**Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, Elche, España.**

**Objetivos:** Las complicaciones de la cirugía bariátrica son muy variables. Pueden ser quirúrgicas o no quirúrgicas y se dividen en precoces (<30 días desde la intervención) o tardías (>30 días). Hay complicaciones específicas de la técnica quirúrgica realizada y otras que pueden aparecer en cualquier tipo de cirugía. Nuestro objetivo en este estudio es analizar las complicaciones derivadas de la cirugía bariátrica en nuestro hospital.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo donde se han incluido un total de 108 pacientes intervenidos de cirugía de la obesidad en nuestro centro entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2022. Durante este intervalo de tiempo, se han realizado 85 gastrectomías verticales laparoscópicas (78,7%) y 23 bypass gástricos (21,3%).

**Resultados:** De manera global, un 13,89% (15 casos: 9 mujeres (60%) y 6 hombres (40%)) han tenido una o más complicaciones derivadas de la cirugía. La complicación más frecuente en nuestro estudio fue la hemorragia con una incidencia del 5,56%. Le siguió la fuga anastomótica con una incidencia del 4,63% (5 casos): tres fueron tratados endoscópicamente con colocación de prótesis y dos se reintervinieron para cierre primario de la fuga. Otras complicaciones fueron la estenosis anastomótica (3,7%), la úlcera (2,78%), colecciones intraabdominales (1,85%) y el infarto esplénico (1,85%). De los 15 pacientes, seis requirieron reintervención urgente y hasta un 46,67% ingresaron en UCI. Seis casos reingresaron por complicaciones tras haber sido dados de alta. En tres casos (20%) se observó infección de la herida quirúrgica. La media de días de ingreso hospitalario fue de 13,41 días. Nueve pacientes (60%) fueron tratados con manejo conservador consiguiendo buenos resultados. Un caso operado de GVL fue reintervenido seis años después por reganancia de peso y ERGE y se optó por la cirugía de revisión.

**Conclusiones:** Aunque son poco frecuentes, las complicaciones asociadas a la cirugía de la obesidad pueden ser muy graves y poner en peligro la vida del paciente. La hemorragia tras la cirugía presenta una incidencia variable (0,6-4%) siendo más frecuente asociada al bypass gástrico (BGY). La mayoría de las hemorragias ocurren en el postoperatorio inmediato y se atribuye la línea de sutura como lugar probable de sangrado. La fístula es la principal complicación y una de las más graves en cirugía bariátrica por lo que es fundamental su diagnóstico precoz. Se ha descrito una incidencia de la fístula entre el 0.5-6.5% tras el BGY y entre el 0-7% tras la GVL, siendo más frecuente su aparición en el tercio proximal del estómago, a nivel del ángulo de His. El tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico. La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal aparece entre el 6-16% de los casos. El resto de las complicaciones descritas son menos frecuentes pero igual de importantes, por lo que es imprescindible sospecharlas para poder diagnosticarlas.

O-03

## Neumatosis quística intestinal como complicación de cirugía bariátrica. Exposición de caso clínico y revisión de la literatura

Ruth Lopez Gonzalez, Sergi Sanchez Cordero, Andrea De Miguel Pérez, Juan Carlos Castaño Ortega, Paula Sala Carazo, Jordi Pujol Gebelli, Jordi Castellví Valls.

Consorci Sanitari Integral, Sant Joan Despi, España.

**Introducción y objetivos:** La neumatosis quística puede asociarse a enfermedades pulmonares obstructivas, del tejido conectivo o gastrointestinales, entre otras. Es una entidad infrecuente que puede ser causa de neumoperitoneo e incluso requerir en algunas ocasiones cirugía urgente. El objetivo de nuestro trabajo es presentar un caso de neumatosis intestinal como complicación a corto plazo de una cirugía de cruce duodenal además de revisar la literatura publicada al respecto.

**Material y métodos:** Descripción de una complicación infrecuente de cirugía bariátrica y revisión de la literatura científica.

**Resultados:** Paciente de 49 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia e infección por COVID-19 que requirió ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI) con necesidad de traqueostomía por parálisis de cuerdas vocales. Presenta un IMC máximo de 46'2 kg/m<sup>2</sup> y un IMC preoperatorio de 40 kg/m<sup>2</sup>. Se decide apto para cirugía bariátrica y se propone realizar un cruce duodenal con reparación de hernia de hiato con malla BioA.

A las 48h postoperatorias el paciente presenta un empeoramiento brusco con shock séptico por fallo de la anastomosis duodenoileal por lo que requiere reintervención con reconfección de la misma e ingreso en UCI. Posteriormente se realiza un second look que confirma la estanqueidad de la nueva anastomosis y en la cual se realiza el cierre de la pared. Dada la falta de mejoría y la imposibilidad para la extubación se realiza una tomografía computarizada (TC) abdominal que informa de neumoperitoneo extenso sin causa clara. Se decide reintervenir nuevamente al paciente, con hallazgos de extensa neumatosis de colon ascendente y ciego por lo que se determina como causante del neumoperitoneo objetivado en la prueba de imagen. Posteriormente el paciente presenta buena evolución postoperatoria y es extubado al 6º día y es dado de alta a domicilio con seguimiento en consultas tras 2 semanas de ingreso.

**Conclusión:** En la literatura disponible existen escasas publicaciones que relacionan la aparición de neumatosis con la cirugía bariátrica. Sin embargo, se limitan a series de casos que evidencian aparición de neumatosis a largo plazo tras la realización de un bypass yeyunoileal. Es por ello que la revisión de la literatura no permite realizar un análisis sistemático. Hasta la fecha, éste es el primer caso reportado en la literatura sobre neumatosis como complicación en el postoperatorio de cirugía bariátrica.

O-04

## Cirugía de revisión tras gastrectomía vertical laparoscópica: experiencia de 11 años en nuestro centro

Gema Giner Merino, Jose Antonio Bravo Hernández, Juan Pérez Legaz, Ana Tomás Martínez, Beatriz Remezal Serrano, Carmen Jaen Gómez, Pilar Serrano Paz.

Hospital Universitario del Vinalopó, ELCHE, España.

**Introducción:** La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es una técnica bariátrica que ha conseguido resultados satisfactorios en pérdida de peso y resolución de comorbilidades asociadas a la obesidad. Las principales indicaciones de cirugía revisional tras GVL son un inadecuado resultado ponderal y la aparición de complicaciones; destacando la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la estenosis y la fístula crónica. Presentamos 3 casos intervenidos de GVL durante el periodo 2011 a 2022 que precisaron cirugía de conversión (CC) a bypass gastroyeyunal laparoscópico (BGL).

**Material y métodos:** Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de 221 pacientes intervenidos de GVL entre 2011 y 2023. Se excluyeron 5 pacientes por pérdida de seguimiento. Finalmente tres casos precisaron cirugía de conversión a BGL, cumplieron los criterios y fueron analizados. Se definió como resultado insatisfactorio pérdida de peso insuficiente y la aparición de complicaciones tras GVL (estenosis/fístula/ERGE). Se analizaron las siguientes variables: sexo (hombre/mujer), edad, (<30 / 30 - 50 / > 50), comorbilidades (DM/ HTA/ SAOS/ SOP), IMC pre y postquirúrgico (<35/ 35 - 45/ >45), estancia media (días) y sintomatología tras BGL.

**Resultados y discusión:** El total de pacientes analizados tras GVL fueron 216 y solo el 1,39 % (n=3) precisaron cirugía de conversión. Un 67% (n=2) de los pacientes fueron mujeres, con una edad en la primera cirugía de 24, 44, 54 años y en la segunda el 67% > 45 años. Fue registrada una estancia media de 12 días y en la segunda intervención de 4 días. Dichos pacientes presentaron un IMC prequirúrgico medio para la GVL y BGY respectivamente de 41,9 y 35,1. Tras la conversión con un periodo de seguimiento entre 5 meses - 2 años el IMC medio fue de 30,1. Se identificaron la HTA (33%), DM (33%), SAOS (33%), SOP (33%) como comorbilidad asociada tras la GVL. El motivo de la CC fue en 67% de los casos por fallo ponderal, vómitos y fallo ponderal (33%) y ERGE en 33%. La obtención de resultados desfavorables tras GVL se ha asociado a diversas causas y la técnica quirúrgica inadecuada es una de ellas; la resección incompleta del fundus gástrico en uno de nuestros casos explicaría la fallo ponderal y los vómitos. Otra causa es la presencia de hernia de hiato subclínica previa a la realización de GVL, de manera que tras dicha técnica el paciente puede desarrollar ERGE. Uno de nuestros pacientes desarrolló ERGE asociada a hernia de hiato después de la GVL, no diagnosticada ni pre- ni intraoperatoriamente durante la GVL.

**Conclusión:** Ante cualquier cirugía revisional, es imprescindible una reevaluación multidisciplinar, así como un estudio individualizado con las distintas pruebas complementarias adecuadas. En base a un metaanálisis reciente con un seguimiento de entre 3 y 5 años, la incidencia de cirugía revisional se sitúa alrededor del 7,4 %, con un incremento de hasta el 22,6 % con seguimientos más allá de los 10 años, este hecho hace pensar si la indicación de GV debe restringirse en un futuro, tal y como ha sucedido con la banda gástrica.

O-05

## Cirugía bariátrica mediante puerto único asistida por imanes

**María Teresa Pérez Domene, Carlos Ferrigni Gonzalez, Alejandro García Muñoz Najar, Silvia Sanchez Infante Carriches, Camilo José Castellón Pavón, Manuel Duran Poveda.**

**Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid), España.**

**Introducción:** La cirugía mínimamente invasiva es actualmente el abordaje de elección para la cirugía bariátrica. La cirugía por puerto único (PU) puede ser una opción en determinadas técnicas obteniendo los mismos resultados y facilitada si se utilizan imanes como separador hepático y como retractor de tejido. La gastrectomía vertical (GV) se presenta como una intervención candidata a PU con buen resultado estético y reducción de complicaciones. Presentamos nuestra serie de casos de GV mediante PU asistida por imanes.

**Material y métodos:** Desde marzo hasta diciembre de 2022 se han realizado 5 GV mediante PU (Figura 1). Todas las cirugías fueron asistidas por un imán interno conectado a un grasper que se fijaba al hígado y mediante un imán externo se lograba la retracción del lóbulo hepático izquierdo.

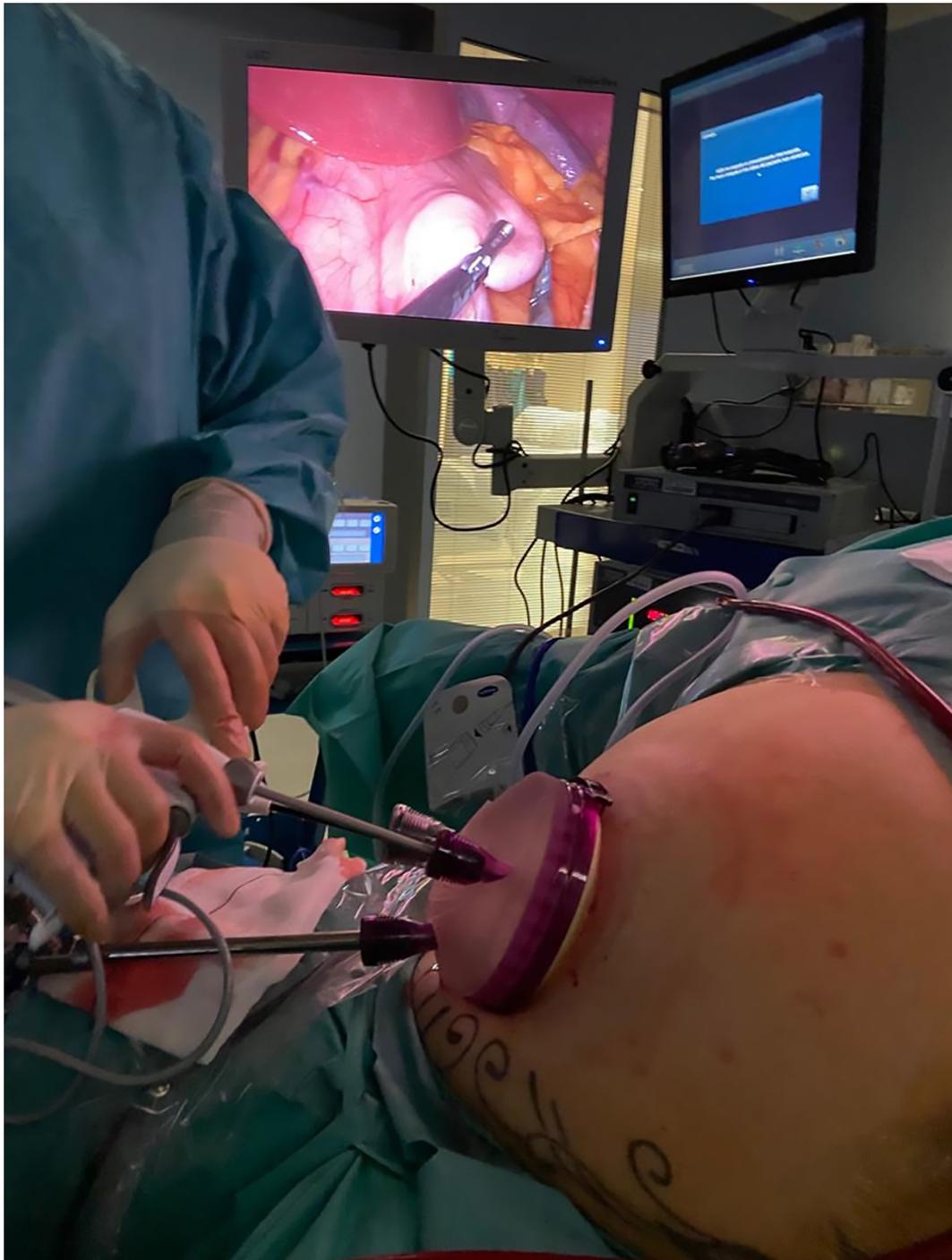
**Resultados:** Todas las pacientes fueron mujeres, el índice de masa corporal (IMC) medio fue 35.62 kg/m<sup>2</sup>. El tiempo medio quirúrgico fue de 62 minutos (siendo con la técnica multipuerto: 43 minutos) (Figura 2). No hubo complicaciones intraoperatorias ni durante el ingreso. La estancia hospitalaria media de 18 horas, con un EVA de 2,1. En el postoperatorio, una paciente presentó un seroma de la herida resuelto mediante drenaje y cuidados habituales de la herida. Durante el tiempo de seguimiento, en nuestra serie no hay descritas eventraciones. Todas las pacientes se mostraron satisfechas con el resultado estético (Figura 3).

**Conclusiones:** La GV se presenta como técnica ideal para ser realizada por PU.

La utilización de imanes como separador hepático permite una correcta exposición del campo quirúrgico y evitando una posible incisión extra para la introducción de un separador hepático habitual.

En nuestra serie se vio aumentado el tiempo operatorio de la GV comparándola con la técnica multipuerto.

La GV por PU asistida por imanes es una cirugía segura y eficaz. Permite reducir el número de incisiones, y con ello, obtener un resultado estético óptimo que se traduce en un alto grado de satisfacción de nuestros pacientes.



O-06

## ¿Es importante la actividad física en la pérdida de peso a largo plazo?

Rosa Martí Fernández, María Lapeña Rodríguez, Raquel Alfonso Ballester, Norberto Cassinello Fernández, Joaquín Ortega Serrano.  
Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.

**Objetivo:** La actividad física es un pilar en el tratamiento médico de la obesidad y es importante para la pérdida y mantenimiento del peso tras la cirugía bariátrica. Nuestro objetivo fue analizar la evolución ponderal y de comorbilidades en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro, con un mínimo de 5 años de seguimiento, y si existe relación con la actividad física.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de obesidad mórbida entre enero de 2016 y diciembre de 2017. Se han analizado datos demográficos, datos antropométricos y su evolución (peso, talla, IMC), comorbilidades asociadas y su evolución (HTA, DMII, SAOS, dislipemia), técnica quirúrgica, periodicidad de la actividad física y tipo de actividad física (ejercicio de musculación, ejercicio aeróbico, aquagym, senderismo o bicicleta). Dichos datos se evalúan en cinco fechas diferentes: inicial (previo a la intervención), al año de la intervención, a los dos años, a los tres años y en la actualidad. Las variables cuantitativas se presentan como medias y desviación estándar, y las variables cualitativas como porcentajes. Las comparaciones de grupos se han realizado utilizando la prueba exacta de Chi-cuadrado. Se estableció un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron un total de 111 pacientes en el estudio, siendo un 69,4% ( $n=77$ ) mujeres. La media de edad fue de 44,84 años ( $\pm 10,17$ ), con una media del peso inicial de 129,36 kg ( $\pm 25,77$ ) y de IMC 47 ( $\pm 7$ ) kg/m<sup>2</sup>. La técnica quirúrgica más empleada fue el bypass gástrico en Y de Roux ( $n=85$ , 76,6%) seguido de la gastrectomía vertical ( $n=11$ , 9,9%). Preoperatoriamente el 36% presentaba DMII, el 33,3% HTA, un 32,4% hipercolesterolemia y el 14,4% SAOS. El 36,9% de la muestra practica actividad física, con una periodicidad media de 2,34 días ( $\pm 1,49$ ) a la semana. La actividad física más realizada fueron los ejercicios aeróbicos (21,6%), seguido del senderismo (16,2%).

Se analizó el porcentaje de pérdida de exceso de IMC al año, 2 años, 3 años y en la actualidad de ambos grupos; siendo la media de los mismos en el grupo que realiza actividad física 78,08%, 86,37%, 82,02% y 81,66% respectivamente, mientras que en el grupo que no realiza actividad física: 73,93%, 81,58%, 79,85% y 76,57% respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se analizó la pérdida de exceso de IMC significativa ( $\geq 50\%$ ) entre el grupo de actividad física y el que no en ninguno de los periodos de estudio. Se analizó la evolución de las comorbilidades en función de si realizaban actividad física o no, sin encontrar tampoco diferencias.

**Conclusiones:** En nuestra muestra, la práctica de actividad física no parece influir en la resolución de comorbilidades ni en la pérdida de peso a largo plazo. Sin embargo, estos datos deben interpretarse con cautela al tratarse de una  $n$  pequeña, con un porcentaje bajo de pacientes que practican actividad física.

O-07

## Calidad de vida realcionada con la salud tras la cirugía de la obesidad, bypass vs tubular

Marta Bru Aparicio, Pilar Laguna Hernandez, Diego Cordova García, Ricardo Giancarlo Alvarado Hurtado, María Rosario San Román Romanillos, Raúl Díaz Pedrero, Felix Mañes Jimenez, Sonia Soto Schütte, Tomás Ratia Gimenez, Alberto Gutierrez Calvo.

Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España.

**Objetivos:** La obesidad se relaciona con un empeoramiento de la salud, pero también tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas que la padecen.

La cirugía bariátrica y la pérdida de peso asociada, conllevan una mejora en la situación funcional y en el bienestar de los pacientes, pero se desconoce el impacto real en la calidad vida.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) hace referencia a la percepción de la salud por parte del individuo y forma parte de la valoración integral del paciente.

Nuestro objetivo es evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes sometidos a cirugía de la obesidad en nuestro servicio, y comparar esta entre los pacientes sometidos a bypass gástrico y a tubular.

**Material y métodos:** Para establecer la calidad de vida relacionada con la salud utilizamos el cuestionario B.A.R.O.S. (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System) que es una herramienta validada y es considerado el mejor sistema de evaluación integral de la cirugía bariátrica.

Este consta de tres apartados: pérdida de peso, mejoría de las condiciones médicas a raíz de la cirugía, y calidad de vida. A cada una se le otorga una puntuación y se interpreta en función de la presencia o ausencia de comorbilidades previas.

La encuesta se realizó de forma retrospectiva, vía telefonía a los pacientes sometidos a cirugía bariátrica en nuestro servicio entre los años 2017 y 2020.

**Resultados:** Durante este tiempo en nuestro servicio se realizaron 103 cirugías bariátricas. De estos, 96 pacientes contestaron la encuesta.

De estos 54 eran mujeres y 42 hombres. La media de edad fue de 33,25 años (25-64).

Fueron sometidos a gastrectomía tubular 61 pacientes (64%) y 35 pacientes a bypass gástrico (36%).

Se realizó un análisis estadístico de los datos recogidos con el programa SPSS.

La media de puntuación de B.A.R.O.S. para los pacientes sometido a bypass gástrico fue 2,16 y la media para los pacientes con gastrectomía tubular fue 2,27. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0.98$ ).

**Conclusiones:** La puntuación media obtenida en la calidad de vida, 2,15 queda englobada en la categoría de "Buena" según la escala B.A.R.O.S. previamente mencionada.

No hemos demostrado diferencia en cuanto a Calidad de Vida según el tipo de técnica quirúrgica empleado. Una de las limitaciones del estudio es no haber considerado el tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica hasta el momento de realización de la encuesta, para lo que sería necesario contar con una muestra más amplia

O-08

## Cirugía bariátrica, trastornos motores y reflujo gastroesofágico, ¿de dónde partimos?

**Jerónimo Riquelme-Gaona, Antonio Morandeira-Rivas, Ángel Arias-Arias, Juan Bautista Muñoz-De La Espada, María Luz Herrero-Bogajo, Gloria Tadeo-Ruiz, Javier Cuevas-Toledano, Carlos Moreno-Sanz.**  
**Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.**

**Objetivos:** La cirugía bariátrica es la opción más efectiva para el tratamiento de la obesidad, pero los pacientes candidatos suelen presentar comorbilidades que afectan a su calidad de vida y pueden influir en su proceso quirúrgico.

El objetivo del presente trabajo es estudiar la prevalencia de reflujo y trastornos motores de la unión esofagogástrica en pacientes en programas de cirugía bariátrica.

**Material y métodos:** Hemos realizado una búsqueda en las bases de datos EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) y PubMed, recopilando estudios que incluyeran pacientes candidatos a cirugía bariátrica con resultados de pruebas preoperatorias de función esofágica (manometría y pHmetría de 24h).

Fueron excluidos los trabajos con pacientes con antecedente de cirugía esofagogástrica, así como aquellos en los que todos los pacientes tuvieran sintomatología de reflujo gastroesofágico.

**Resultados:** Tras eliminar duplicados se ha recogido un total de 1332 referencias. Tras lectura de título y resumen se ha reducido a 212 estudios para revisión a texto completo, de los cuales quedaron 61 artículos para la revisión final. La concordancia entre los dos investigadores que seleccionaron los trabajos fue alta (kappa 0.74, IC 95% 0.6919-0.7891,  $p < 0.001$ ).

Las 61 referencias incluyeron 3746 pacientes de 21 países diferentes, con una edad media de  $41.2 \pm 15.6$  años, índice de masa corporal medio de  $45.3 \pm 6.7$  Kg/m<sup>2</sup>.

En cuanto a las pruebas complementarias, en la pHmetría de 24h se observó un porcentaje de tiempo con pH < 4 fue de  $5.6 \pm 6$  (normal < 3.65%), con una media de número de episodios ácidos de  $44.4 \pm 36$  y un índice DeMeester medio de  $25.1 \pm 28.4$  (normal < 14.72).

Sobre la manometría esofágica, destaca una presión basal media del esfínter esofágico inferior de  $17.1 \pm 9.1$  mmHg (normal 17.9 mmHg), con un 25% de pacientes que presentaron trastornos de motilidad esofágica.

**Conclusiones:** Existe variabilidad en los resultados de las pruebas de función esofágica en los candidatos a cirugía bariátrica, no obstante, se aprecia una prevalencia elevada de reflujo gastroesofágico y trastornos motores. Ello puede afectar a la toma de decisiones sobre el estudio preoperatorio y la técnica más adecuada a realizar, para prevenir complicaciones a medio y largo plazo y obtener mejores resultados.

0-09

## Estudio de la asociación entre esteatohepatitis y la presencia de *Helicobacter pylori* en el paciente obeso mórbido sometido a cirugía bariátrica

Iván Díaz Cuadrado, Joaquim Miquel Rodríguez Santiago, Qiaomiao Lin, Noelia Puertolas Rico, Esther Nve Obiang, Salvador Llopis Mestre, Carme Balague Ponz, Salvadora Delgado Rivilla.  
Hospital Mutua, Terrassa, España.

**Introducción y objetivos:** El hígado graso no alcohólico representa una de las principales causas de enfermedad hepática crónica. Hay diversos factores que relacionan su desarrollo y progresión a esteatohepatitis (EHNA). La infección por *Helicobacter pylori* (Hp) se ha propuesto como un factor de riesgo, aunque en la actualidad no hay una evidencia concluyente. El objetivo es estudiar la relación entre la EHNA con el Hp, y su asociación con el síndrome metabólico en el paciente obeso mórbido sometido a cirugía bariátrica.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo, consecutivo, con 144 pacientes intervenidos por obesidad, en los se realizó una biopsia hepática intraoperatoria de manera sistemática y se determinó la presencia de *H. Pylori* preoperatoria. Se registró el grado de esteatosis y la presencia esteatohepatitis según el NAFLD activity score. Se utilizó la prueba chi cuadrado para evaluar la posible asociación entre la presencia de Hp y EHNA y se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística para ajustar por variables confusoras (DM2, DLP, IMC y Resistencia a la insulina).

**Resultados:** La prevalencia de *H. Pylori* fue del 37%. Un 78,5% presentaron esteatosis y el 18,1% cumplieron criterios anatomopatológicos de esteatohepatitis. Un 8,3% del total de los pacientes a estudio presentaron EHNA y Hp +. En los pacientes con EHNA, un 46,2% presentaron Hp + y un 53,8% Hp - ( $p = 0,314$ ). En el estudio univariante se encontró una relación entre la EHNA y la insulinemia  $> 25 \mu\text{UI/mL}$  ( $p = 0,017$ ). Se evidenció una asociación entre Hp + y síndrome metabólico ( $p 0,025$ ).

En el análisis multivariante se evidenciaron como factores de riesgo independientes para la esteatohepatitis la hiperinsulinemia ( $p 0,016$  Exp (B) 5,686) y la HTA ( $p 0,05$  Exp (B) 4,420).

**Conclusiones:** La presencia de esteatohepatitis es mayor en los sujetos con *H. Pylori* positivo que en los negativos, pero estos resultados no han sido estadísticamente significativos. Sin embargo, sí parece existir una asociación entre la EHNA y el síndrome metabólico, y de éste último con la infección por Hp. Son necesarios más estudios para determinar qué papel juega el síndrome metabólico y el Hp en la etiología de la EHNA, así como estudiar qué otros factores pueden estar implicados, con el fin de conocer qué pacientes tienen mayor predisposición a desarrollar EHNA.

O-10

## Evolución de las comorbilidades a medio y largo plazo en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, ¿influye la técnica quirúrgica?

**Mahur Esmaili, Elena Ortega, Maria Del Carmen Carballo, Pilar Cruz, Esther Maria Cano, Leticia Martin, Maria Inmaculada Mesa, María Ortiz, Tomás Balsa. Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, España.**

**Objetivos:** Analizar as comorbilidades a medio y largo plazo en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica y comparar los resultados entre el bypass gástrico laparoscópico frente gastrectomía vertical laparoscópica.

**Material y métodos:** Estudio longitudinal, observacional, descriptivo, prospectivo y retrospectivo con un total de 80 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro y seguimiento mínimo de 1 año. Dos grupos de estudio, el A, formado por 40 pacientes intervenidos mediante gastrectomía vertical laparoscópica (GVL); y el grupo B, constituido por 40 pacientes sometidos a bypass gástrico laparoscópico (BPGL). Se compararon ambas técnicas en cuanto a la mejoría de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes y enfermedad por reflujo.

**Resultados:** Del total de la muestra (n=80), el 70% (56) y el 30% (24) hombres. El rango de edad fue entre 23 y 68 años con una media de 44,7 años. La media de peso previo a la intervención fue de 117,3 Kg. En la tabla 1 se refleja los resultados en cuanto a la resolución de comorbilidades de forma general y desglosada según la técnica quirúrgica.

	HTA			DL			DM			ERGE		
	Casos	Resueltos	%									
<b>BPG</b>	17	8	47,1%	12	7	58,3%	8	2	28,6%	11	7	63,6%
<b>GV</b>	15	2	13,3%	16	5	31,3%	15	6	40%	3	0	NP
<b>Total</b>	32	10	31,3%	28	12	42,9%	23	8	34,8%	14	7	50%

Valorando cada comorbilidad, en el caso de la HTA, la GVL consiguió la resolución del 13,3% y el BPGL el 47%. En cuanto a la dislipemia, la GVL resolvió el 31,3% frente al 58,3% del BPGL. Hablando de la diabetes mellitus, la GVL consiguió una resolución en el 40% de los casos con una media de mejoría de los valores de hemoglobina glicada (Hb1Ac) de 0,8 puntos en el 46,7% de los pacientes. En el BPGL, la tasa de resolución fue del 28,6% con una media de mejoría de los niveles de glicada de 1,03 puntos en el 75%.

La última de las comorbilidades estudiadas fue la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). El porcentaje de mejoría según la técnica fue del 63,6% en el caso del BPGL; sin embargo, se observó un aumento en la incidencia de ERGE en el grupo de pacientes sometidos a GVL, del 7,5% al 17,5% respectivamente, con conversión a BPGL en 2 casos. Se utilizó la escala Visick para conocer la calidad de vida en relación a la ERGE en ambos grupos y un cuestionario validado el GERD-HRQL. En el grupo GVL el 80% tenían un Visick de II con una puntuación media en el GERD de 12,8; en el grupo BPGL el Visick predominante fue I (54,5%) con una media de 3 en el GERD.

**Conclusiones:** La cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para la mejoría de las comorbilidades en los casos graves obesidad, encontrando diferencias entre las técnicas. Sin embargo, siguen siendo necesarios más estudios para poder saber si alguna de las técnicas se postula superior al resto.

O-11

## Solución de sellantes de fibrina para prevenir la fuga postoperatoria en la gastrectomía vertical laparoscópica

José Fernando Treballe, Mónica Valero Sabater, Ana Isabel Pérez Zapata, Melody García Domínguez, Miguel Cantalejo Díaz, Vanesa Zambrana Campos, Alejandro García García, Juan Luis Blas Laína.  
Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

**Introducción:** La gastrectomía vertical laparoscópica es una de las técnicas más realizada en la actualidad en cirugía bariátrica. La hemorragia de la línea de grapado y la fuga postoperatoria son las dos complicaciones más temidas que pueden aparecer en el postoperatorio. Los sellantes tisulares a base de fibrina se presentan como una opción terapéutica como método de prevención de la fuga postoperatoria.

**Objetivos:** Presentar nuestra serie de 116 casos de aplicación de solución de sellantes de fibrina en la gastrectomía vertical laparoscópica como método de prevención de fuga postoperatoria.

**Material y método:** Todos los pacientes incluidos en la serie fueron extraídos de la base de datos de cirugía bariátrica del Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova. Se realiza un análisis descriptivo de la serie y de los resultados obtenidos.

**Resultados:** Desde el 10 de septiembre de 2019 hasta el 28 de febrero de 2023 se han analizado un total de 116 pacientes en los que se ha realizado una gastrectomía vertical laparoscópica por obesidad mórbida con aplicación de solución de sellantes de fibrina. La distribución por sexo fue de 46 hombres (39,65 %) y de 70 mujeres (60,34 %). La edad media fue de 47,52 años [19 – 66]. El IMC medio fue de 44,83 [35 – 69]. En un paciente (0,86 %) se modificó la técnica standard de la gastrectomía vertical (sleeve-Nissen laparoscópico). En dos pacientes (1,72 %) se realizó cirugía de revisión (gastrectomía vertical sobre remanente gástrico de derivación biliopancreática). Dos pacientes (1,72 %) asociaron colecistectomía en el mismo tiempo, y uno (0,86 %) cierre de pilares diafragmáticos. El cierre de la gastrectomía vertical se realizó con endograpadora automática en 112 pacientes (96,55 %), y con endograpadora no automática en 4 pacientes (3,44 %). La duración media de la intervención fue de 59,43 minutos [25 – 190]. 19 pacientes (16,37 %) llevaron drenaje aspirativo en el postoperatorio. En 24 pacientes (20,68 %) se sumó sutura continua de la línea de grapado, los 4 realizados con endograpadora no automática, y 20 de los realizados con endograpadora automática. La estancia media fue de 2,96 días [1 – 9]. Como complicaciones aparecieron un caso (0,86 %) de hemoperitoneo en el ingreso, 2 casos (1,72 %) de vómitos e intolerancia digestiva en las primeras 48 horas, y 4 reingresos (3,44 %) en la primera semana de postoperatorio por fuga de la línea de sutura en cardias, todos ellos realizados con endograpadora automática y sin resutura de refuerzo.

**Conclusiones:** El empleo de sellantes de fibrina en la gastrectomía vertical laparoscópica puede ser una opción terapéutica para mejorar el índice de fuga postoperatoria. En nuestra serie, su aplicación ha permitido reducir de forma muy importante el uso de drenaje aspirativo, si bien es preciso realizar un análisis comparativo con una serie histórica de gastrectomías verticales laparoscópicas sin su empleo para demostrar su eficacia.

0-12

## Resultados iniciales de la implementación de un programa de cirugía bariátrica en un hospital comarcal

Sergi Sanchez Cordero, Andrea De Miguel, Ruth Lopez, Andrea Sanz, Jordi Castellví, Jordi Pujol Gebellí.  
Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, España.

**Introducción:** La cirugía bariátrica ha demostrado ser la estrategia terapéutica más efectiva en el control de la obesidad y el síndrome metabólico. La implementación de unidades especialidades multidisciplinares y la implementación de programas de rehabilitación multimodal han mejorado los resultados y la estandarización de circuitos para el manejo de nuestros pacientes.

**Objetivo:** Presentar los resultados de los cien primeros casos de una unidad multidisciplinar de nueva implementación en un hospital comarcal.

**Material y métodos:** Estudio de cohortes prospectivo de pacientes incluidos en el programa multidisciplinar de cirugía bariátrica que han sido sometidos a cirugía bariátrica. Se analiza la implementación de un circuito de fasttrack y de los criterios de calidad establecidos por la SECO para una unidad de nueva implementación.

**Resultados:** Entre noviembre de 2021 y marzo de 2023 se realizaron un total de 103 intervenciones de cirugía bariátrica; 33 (32%) GV, 38 (36,8%) BGYR, 18 (17%) SADIS, 6 (6%) OAGB, 8 (7,7%) DS. El IMC preoperatorio media es de 45,7. La edad media de los pacientes intervenidos es de 48,6 años. La estancia media de los pacientes intervenidos es de 2,4 días. La tasa de complicaciones mayores a 30 días es de 1,9%. El porcentaje de cirugía revisional es del 5,2%. La tasa de cumplimiento de los ítems del programa de rehabilitación multimodal es del 94%.

**Conclusiones:** Las unidades multidisciplinarias son la mejor estrategia actual para el abordaje de la obesidad mórbida. Es seguro y efectivo implementar programas de cirugía bariátrica en un hospital comarcal. La implementación de estrategias de cuidados perioperatorios y rehabilitación multimodal mejora los resultados del circuito de cirugía de la obesidad con un impacto positivo en la percepción del paciente.

O-13

## Desarrollo y validación de cuestionario específico de calidad de vida digestiva en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.

### Resultados preliminares: fases i-ii del proyecto de investigación

Victoria Carmona Gómez<sup>1</sup>, Ana Isabel Pérez Zapata<sup>2</sup>, Carolina Varela Rodríguez<sup>1</sup>, Pilar Gómez Rodríguez<sup>1</sup>, Rosa González Martín<sup>1</sup>, Silvia Fernández Noel<sup>1</sup>, Alberto García Picazo<sup>1</sup>, Viviana Vega<sup>1</sup>, Elías Rodríguez Cuéllar<sup>1</sup>, Eduardo Ferrero Herrero<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España; <sup>2</sup>Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es el desarrollo y validación de un cuestionario específico de calidad de vida (CdV) digestiva en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica (CB), de forma que pueda incorporarse a la práctica clínica de forma sistemática, permitiendo obtener información objetiva sobre el impacto que dichos cambios generan en estos pacientes. La elaboración del cuestionario se desarrollará en 4 fases. A continuación, se exponen los resultados preliminares de las fases I y II.

**Material y métodos:** Primero se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en la base de datos PUBMED centrada en instrumentos medidores de CdV en CB y sintomatología digestiva en estos pacientes. A continuación, se crearon grupos de discusión de pacientes con el objetivo de conocer su evolución y sintomatología digestiva desde la cirugía. Se realizaron 5 reuniones con un total de 13 pacientes intervenidos en nuestro centro que estaban en el mismo momento postoperatorio (PO): 3º mes PO, 6º mes PO, 9º mes PO, 1º año PO. Simultáneamente, se realizó un consenso de expertos para conocer los aspectos más influyentes sobre la CdV digestiva de los pacientes mediante el método *Delphi* modificado a 2 rondas, contando inicialmente con la participación de 12 cirujanos con amplia experiencia en CB. La herramienta utilizada para la distribución del cuestionario entre profesionales fue *Google Form*, considerándose acuerdo: diferencia entre puntuaciones máxima y mínima  $\leq 1$  puntos y/o 70% de expertos estaban «de acuerdo». Este proyecto cuenta con la aprobación del Comité Ético de nuestro centro y está subvencionado por la beca de investigación FUNSECO 2022.

**Resultados:** Mediante el consenso de expertos, se analizó frecuencia, grado de impacto e influencia en las relaciones interpersonales (RRII) de 15 síntomas digestivos (ítems). Tras 2 rondas, se llegó a consenso en diversos ítems. Con respecto a la frecuencia: infrecuencia de esteatorrea, disfagia, regurgitación, urgencia defecatoria; presentación mensual de vómitos, diarrea, flatulencias. Con respecto al impacto en CdV: bajo-moderado impacto de náuseas, regurgitación, RGE, sensación de hambre, aerofagia, dolor abdominal; moderado-alto impacto de urgencia defecatoria y síntomas de hipoglucemia. Con respecto a la influencia en RRII: moderada-alta de urgencia defecatoria, síntomas de hipoglucemia, esteatorrea, diarrea, flatulencias.

En cuanto a grupos de discusión de pacientes, 15.4% (n=2) fueron hombres y 84.6% (n=11) mujeres. Se realizó gastrectomía vertical al 7.7% (n=1) y BGYR al 92.3% (n=12). Los grupos realizados fueron: 3ºmes PO (n=4), 6ºmes PO (n=3), 9ºmes PO (n=2), 1ºaño PO (n=4). Los síntomas digestivos que refirieron más acentuados tras la cirugía fueron fundamentalmente estreñimiento, dolor abdominal y vómitos ocasionales, flatulencias y aerofagia, así como episodios de *pseudo*-impactaciones. La mayoría de estos pacientes afirmó un empeoramiento de su CdV digestiva en comparación a la que tenían antes de ser intervenidos.

**Conclusiones:** La CB altera las características anatómicas y fisiológicas del tracto digestivo, lo que influye en la CdV digestiva de los pacientes que se someten a ella. Estudiar la calidad de vida digestiva de los pacientes permitirá identificar mejor los riesgos de la intervención y probablemente identificar intervenciones con mejores resultados en salud.

O-14

## Trastorno dismórfico corporal inducido tras la Cirugía Bariátrica, podemos evitarlo?

**Marta Paris Sans, Anna Trinidad Borrás, Elia Bartra Balcells, Esther Raga Carceller, María Alejandra García, Nikolak Lobo, Irene Botias Gil, Margarida Vives Espelta, Fatima Sabench Pereferrer, Daniel Del Castillo Déjardin.**  
**Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.**

**Objetivos:** La cirugía bariátrica aporta grandes beneficios en la salud física de los pacientes; sin embargo, los efectos psicológicos no siempre son positivos para todos ellos, incluidos aquellos que consiguen exitosamente la pérdida de peso esperada. Con frecuencia nos transmiten una falta de reconocimiento de su cuerpo durante los primeros meses posoperatorios, pero algunos acaban desarrollando una negación de su nueva imagen corporal de forma permanente. En la literatura se relaciona habitualmente esta negación con el exceso de pieles (que en la mayoría de los casos puede ser solucionado con cirugía reparadora), pero lo más preocupante es que se ha detectado un aumento en la aparición de trastornos de conducta alimentaria en estos pacientes que pueden comprometer su salud física y mental después de la cirugía bariátrica.

El objetivo de este estudio es desarrollar un cuestionario posoperatorio para detectar los pacientes con mayor riesgo de presentar un trastorno dismórfico corporal inducido tras la cirugía bariátrica.

**Material y métodos:** Se realizan entrevistas personales a pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en diferentes momentos del posoperatorio (6m, 12m, 24m, 48m) para detectar las preocupaciones principales relacionadas con la aceptación de su nuevo aspecto corporal y sus limitaciones físicas secundarias, incluyendo un feed-back sobre sus expectativas previas a la cirugía. Se correlaciona la información con la presencia de trastornos psicológicos/psiquiátricos diagnosticados en el pre y posoperatorios, los cambios en la conducta alimentaria detectados, los cuidados corporales realizados y la evolución ponderal conseguida en el posoperatorio.

**Resultados y conclusiones:** La falta de reconocimiento del propio cuerpo tras la rápida pérdida de peso que genera la cirugía bariátrica puede conducir a nuestros pacientes a un trastorno dismórfico corporal a largo plazo. El desarrollo de un cuestionario posoperatorio para detectar los pacientes más susceptibles a la negación permite ofrecerles un tratamiento psicológico más específico con el fin de mejorar su calidad de vida, tanto física como mental, y poder reducir el riesgo de trastornos alimentarios que puedan alterar su evolución.

### Cuestionario:

Cuánto tiempo hace que le han operado de Cirugía Bariátrica?

Cuánto peso ha perdido?

Siente que su cuerpo es diferente?

Se siente incómodo con los cambios que ha sufrido su cuerpo?

Estos cambios corporales le generan alguna limitación física en su día a día?

Y a nivel psicológico, siente que le generan alguna limitación en su día a día?

Antes de la operación se podía imaginar los cambios que sufriría su cuerpo?

Por el momento, piensa que se han cumplido sus expectativas respecto a los cambios que ha sufrido su cuerpo?

Después de la cirugía se ha mantenido activo físicamente de forma cotidiana?

Realiza ejercicios de tonificación de forma rutinaria?

Se aplica hidratación en la piel de forma rutinaria?

Cada cuantos días se pesa habitualmente?

Se mira habitualmente en el espejo?

Y antes de la operación lo hacía?

Siente que le cuesta identificarse con su propio cuerpo?

Qué parte de su cuerpo le desagrada mayormente?

En general siente que ha mejorado su calidad de vida?

En este instante se arrepiente de haberse operado?

O-15

## Resultados de la utilización del balón intragastrico previo a la cirugía bariátrica y evaluación de la pérdida ponderal postcirugía

**Elia Bartra Balcells, Esther Raga Carceller, Margarida Vives Espelta, Marta Paris Sans, Anna Trinidad Borrás, Guillermo Renau, Mercè Hernández González, Irene Botias Gil, Fatima Sabench Pereferrer, Daniel Del Castillo Déjardin.**  
**Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.**

**Introducción:** La cirugía bariátrica (CB) es la mejor opción terapéutica para el obeso mórbido, el reto para el cirujano bariátrico reside en los pacientes con IMC muy elevado y alto riesgo quirúrgico. En este estudio analizamos el papel del balón intragástrico (BIG) para la optimización del paciente con alto riesgo quirúrgico previo a la CB, y evaluamos los resultados de la pérdida de peso posterior a la CB.

**Material y método:** Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los pacientes que se les coloca un BIG en nuestro centro desde 2017-2020 y posteriormente son operados con un seguimiento mínimo de un año postoperatorio. Se analizó: sexo, edad, motivo de colocación del BIG, IMC preBIG, tiempo duración BIG, IMC a la retirada del BIG (IMCpostBIG), porcentaje de peso total perdido en kilos (PPTP o %TWL), tiempo desde la retirada del BIG hasta la cirugía, tipo de cirugía, IMC preoperatorio, seguimiento del IMC hasta mínimo 12 meses comparandolo con el peso esperable y porcentaje de peso total perdido en kilos (PPTP o %TWL) a los dos años de la cirugía.

**Resultados:** Se obtuvieron 30 pacientes con edad media de 49.5 años, 60% hombres, IMC preBIG 57.51Kg/m<sup>2</sup>, el motivo de colocación fue disminuir peso en pacientes con IMC>55Kg/m<sup>2</sup> (76.67%), pacientes con elevado riesgo cardiovascular (16.67%), y pacientes con IMC elevado (>55Kg/m<sup>2</sup>) que requerían un bypass gástrico (6.67%). Duración media del BIG de 320 días, IMC postBIG de 50,12Kg/m<sup>2</sup>, una media de 13% de PPTP, fracaso en 4 pacientes. Se realizó una gastrectomía vertical en el 86.67% de los pacientes y un 13.33% un bypass gástrico, tiempo medio entre la retirada del BIG y la cirugía fue de 103 días y IMC preoperatorio medio de 51.24Kg/m<sup>2</sup>. El seguimiento postoperatorio fue de 12 meses en 10 pacientes y de 24 meses en 20 pacientes. El IMC medio a los 12 meses postIQ fue del 28.59Kg/m<sup>2</sup>, a los 18 meses de 30.21Kg/m<sup>2</sup> y a los 24 meses de 31.74Kg/m<sup>2</sup>, similar al IMC esperable que fue del 28.57Kg/m<sup>2</sup> si se utiliza el IMC inicial como el IMC preIQ (IMCesp preIQ) y del 33.91Kg/m<sup>2</sup> si se usa el IMC preBIG como IMC inicial (IMCesp preBIG), con un PPTP a los dos años de 29.58%. El IMC postBIG y preIQ fue menor al IMC preBIG, estadísticamente significativo (p<0.001).

**Conclusiones:** Con los resultados obtenidos podemos concluir que el BIG es una opción válida para la pérdida de peso previa a la cirugía bariátrica. El IMCesp preIQ es similar al IMC medio a los 12 meses y el IMCesp preBIG es similar al IMC medio a los 24 meses, por lo que se tendría que tener en cuenta para pacientes que han tenido una pérdida de peso significativa antes de la cirugía.

O-16

## Validación de la herramienta ChatGPT para la extracción de datos en historias clínicas electrónicas de cirugía bariátrica

**Anna Trinidad, Marta Paris Sans, Elia Bartra Balcells, Margarida Vives Espelta, Mercè Hernández Gonzalez, Esther Raga Carceller, Irene Botias Gil, Maria Alejandra Garcia, Fatima Sabench Pereferer, Daniel Del Castillo Déjardin. Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.**

**Introducción:** La extracción de datos de historias clínicas electrónicas (HCE) es un área en constante evolución que ha sido objeto de estudio en los últimos años. Los sistemas de procesamiento del lenguaje natural (PLN) han demostrado ser una herramienta útil para la extracción de información relevante de las HCEs. Uno de estos sistemas es el modelo de lenguaje de gran escala (LLM) ChatGPT. El rendimiento de estos sistemas de realizar la extracción de datos de HCEs de cirugía bariátrica aún no ha sido explorada.

**Métodos:** Se utilizó el modelo ChatGPT para la extracción de información de 10 HCEs de cirugía bariátrica en castellano y catalán, incluyendo 9 variables: 2 continuas -índice de masa corporal y edad- y 7 categóricas- presencia o ausencia de hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, antecedentes quirúrgicos, medicación, presencia de atracones, hábito tabáquico y hábito enólico-. La validación se ha llevado a cabo mediante la comparación de la extracción de datos realizada por el modelo con los datos extraídos manualmente por un especialista en cirugía bariátrica, que se utilizaron como gold standard. "Verdadero positivo" se definió como ambos resultados idénticos, "falso negativo" como la presencia del resultado de la variable en la revisión manual pero la ausencia de un puntaje extraído por la herramienta y "falso positivo" como cualquier resultado extraído por la herramienta, pero sin resultado en la revisión manual, o el resultado que fue extraído por la herramienta, pero no coincidió con el de la revisión manual. Se compararon los resultados obtenidos por el modelo con los datos de referencia mediante una matriz de confusión, para el cálculo de sensibilidad, el valor predictivo positivo (VPP) y F1 score.

**Resultados:** Los RESULTADOS obtenidos en la validación revelaron que hubo 77 datos considerados como verdaderos positivos, 23 falsos positivos y 1 solo caso de falso negativo. Estos datos dieron unas métricas la extracción de datos de HCEs de cirugía bariátrica en castellano y catalán con una sensibilidad del 98%, un VPP del 77%, y un F1-score de 86%. Sin embargo, al equiparar la detección de casos ausentes y negaciones como ausencia de condición, se observó una mejora significativa en todas las métricas, con una sensibilidad del 99%, un VPP del 95% y un F1 score del 97%.

**Conclusión:** El modelo ChatGPT es una herramienta útil para la extracción de información de HCEs de cirugía bariátrica. Aunque se identificaron algunos desafíos, como la una cifra algo elevada de FP, al equilibrar los casos de missing y negaciones, se observó una mejora significativa en todas las métricas. Estos resultados sugieren que el modelo ChatGPT tiene el potencial de mejorar la eficiencia y precisión en la extracción de información clínica de las HCEs en el futuro.

O-17

## Estudio del reflujo biliar en pacientes sometidos a bypass gástrico de una anastomosis

**Raquel Alfonso Ballester, Rosa Martí Fernández, María Lapeña Rodríguez, Norberto Cassinello Fernández, Joaquin Ortega Serrano.**  
**Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.**

**Objetivo:** Estudiar la presencia y evolución del reflujo biliar en pacientes sometidos a Bypass Gástrico de Una Anastomosis (BAGUA).

**Métodos:** Se incluyen pacientes intervenidos de Bypass Gástrico de una anastomosis (BAGUA) entre Junio de 2018 y Junio de 2021. Se reclutaron 29 pacientes, de los cuales 9 se perdieron en el seguimiento, quedando 20 pacientes. Se realizó gastroscopia y pHMetría con Impedanciometría preoperatoria a todos. Posteriormente se repitieron ambas pruebas a los 2 meses y al año postoperatorio. También se realizó estudio gammagráfico con HepatoIDA para caracterizar el reflujo biliar en el 2 mes y al año. Se interrogó a los pacientes en consulta por síntomas de reflujo para correlacionar los resultados de las pruebas con la clínica referida.

**Resultados:** La edad media fue de 49 años (r:49-63), siendo 11 mujeres (55%) y 9 varones (45%). La gastroscopia preoperatoria fue patológica en 9 casos (45%) (6 gastritis eritematosa, uno asociaba una úlcera; 3 Helicobacter Pylori+). La endoscopia del segundo mes fue patológica en 7 casos (35%). (5 úlceras anastomóticas, 1 esofagitis y 1 gastritis eritematosa). Al año, el 30% de las endoscopias eran patológicas (gastritis, úlcera anastomótica y esofagitis).

La Impedanciometría preoperatoria fue patológica en 12 pacientes (60%), mostrando reflujo no ácido en 1 caso y reflujo ácido en 11. Al segundo mes se detectó reflujo que fue biliar en 7 casos (35%), mixto en 4 casos (20%) y ácido en 5 (25%). Al año, la impedanciometría detectó 3 casos (15%) de reflujo biliar, sin relacionarse con aquellos que tenían lesiones en la endoscopia. En 2 casos el reflujo fue mixto. En otros 5 casos (25%) fue patológica, pero por reflujo ácido, reflejándose estos casos en la gastroscopia como gastritis, úlcera y esofagitis.

Los estudios con HepatoIDA del segundo mes se mostraron patológicos en 3 casos, 2 de ellos relacionados con reflujo biliar en la impedanciometría (10%) pero no en la endoscopia. Ningún estudio con HepatoIDA se informó como patológico al año de la cirugía.

El 30% de los pacientes (6) refirieron reflujo sintomático, ocasional. Los episodios se espaciaron con el tiempo en todos los casos, relacionándose con la ingesta de determinados alimentos.

**Conclusiones:** La presencia preoperatoria de reflujo en pacientes obesos es frecuente. El reflujo biliar detectado por impedanciometría no siempre se traduce en lesiones endoscópicas, ni ocasiona clínica en todos los casos. El reflujo ácido se asocia con más frecuencia con lesiones endoscópicas. El estudio por HepatoIDA muestra una "adaptación" al tránsito de bilis al año. Al año disminuyen los casos de reflujo biliar diagnosticado por Impedanciometría, siendo la mayoría de los reflujos en nuestro estudio por reflujo ácido. Esto puede plantear añadir la Impedanciometría en el seguimiento de estos pacientes, para elegir el mejor tratamiento en función de las características del reflujo.

O-18

## **BYPASS GÁSTRICO ESTÁNDAR VS GYPASS GÁSTRICO METABÓLICO: ¿Es la reserva pancreática la clave de la decisión?**

**Gisela Navarro Quirós, Rocío González López, María Conde Rodríguez, Irene Vázquez González, José Conde Vales.  
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.**

**Objetivos:** La cirugía bariátrica se ha propuesto como el tratamiento más eficaz para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e IMC superior a 35Kg/m<sup>2</sup>. Sin embargo, el tipo de cirugía más adecuado y su mecanismo de acción, aún son objeto de estudio.

El propósito de este estudio es evaluar la eficacia del bypass gástrico con alargamiento de rama biliopancreática (BPGM) respecto al bypass gástrico standar (BPG), en cuanto al síndrome metabólico y más concretamente, la diabetes.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de bypass gástrico entre los años 2016 y 2020 en nuestro centro. Se incluyeron pacientes entre 16 y 65 años, con IMC superior a 40 kg/m<sup>2</sup> asociado ac comorbilidades y calificados como aptos por el comité de bariátrica del centro. Se excluyeron aquellos pacientes con perdida de seguimiento y los sometidos una cirugía bariátrica previa. Se propusieron para BPGM aquellos con síndrome metabólico o diabetes establecida, y una reserva pancreática adecuada, con un péptido C mayor de 2. El BPGM se realizó de manera sistemática con una longitud de asa biliopancreática de 200cm y un asa alimentaria de 100cm,.

Se comparan los datos prequirúrgicos con los datos a los dos años de la intervención, recogiendo la evolución de los factores de riesgo de síndrome metabólico (SM) y las complicaciones postoperatorias en función del tipo de cirugía.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 68 pacientes con una media de edad de 48 años, de los cuales un 77.9% fueron mujeres. Se realizó un BPGM en el 31%.

*El IMC inicial medio fue de 47Kg/m<sup>2</sup>, y el IMC medio a los dos años de 30Kg/m<sup>2</sup>, con porcentaje de pérdida de exceso de peso medio del 94%. En el análisis mixto, se objetiva que la pérdida de IMC es mayor en el grupo BPG Mtb, siendo este dato estadísticamente significativo.*

*Las comorbilidades como la DM, HTA y Dislipemia, se redujeron durante los dos primeros años en ambos grupos. Los niveles medios iniciales de glucemia basal (117g/dL) y de hemoglobina glicosilada (6,2%) fueron significativamente mayores en el grupo de BPGM, que obtuvo un mejor control de los niveles medios de glucemia (90g/dL) y de HB glicosilada (5,3%), siendo estadísticamente significativo en el análisis mixto.*

*El 62% de los pacientes intervenidos de BPGM precisaban tratamiento diabético previo al BPGM, de los cuales más del 50% lo habían abandonado a los dos años, siendo significativamente mayor que en el grupo control.*

*No existieron diferencias significativas en tiempo quirúrgico o complicaciones postoperatorias.*

**Conclusiones:** El BPGM en pacientes con IMC>40 asociado a SM, presenta un mayor descenso en el IMC y un mejor control metabólico, especialmente en los DM2, de manera significativa; sin añadir una mayor incidencia de complicaciones postoperatorias ni mayor tiempo quirúrgico. Por lo tanto, en nuestro estudio, el BPGM parece ofrecer ventajas adicionales al BPG en este grupo de pacientes, aunque se precisan más estudios que valoren la importancia del cálculo de la reserva pancreática para decidir a una técnica quirúrgica u otra.

O-20

## Gastrectomía vertical laparoscópica: comparación de resultados como técnica primaria frente a técnica secundaria tras banda gástrica fallida

Deiane Pereda Bajo<sup>1</sup>, Irene Bolinaga Del Pecho<sup>1</sup>, Oihan Loidi Lázaro-Carrasco<sup>1</sup>, Ibone Bustillo Zabalbeitia<sup>1</sup>, José Ignacio Lago Fernández<sup>1</sup>, Mirari Pereda Bajo<sup>2</sup>, Esther Bolinaga Del Pecho<sup>3</sup>, Carlos Loureiro González<sup>2</sup>, Rubén Gonzalo González<sup>1</sup>, José Manuel Gutiérrez Cabezas<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital de Sierrallana, Torrelavega, España; <sup>2</sup>Hospital de Basurto - Osakidetza, Bilbao, España; <sup>3</sup>Hospital Txagorritxu, Vitoria, España.

**Introducción y objetivo:** El tratamiento médico-dietético para el control del peso tiene una alta tasa de fracaso y una reducción de las comorbilidades en menos del 4% de los casos. La cirugía es el único tratamiento efectivo para la obesidad mórbida. Existen varios tipos de cirugía de obesidad que varían en grado de restricción y absorción. Aunque la mayoría nunca requieren reintervención, la cirugía revisional ha aumentado en los últimos años y representa entre el 7-15% del número total.

El objetivo del estudio es comparar la eficacia y seguridad de la gastrectomía vertical laparoscópica como técnica primaria (GVL-P) y como técnica revisional (GVL-R) tras fracaso de banda gástrica.

**Material y métodos:** Todos los pacientes intervenidos de obesidad mórbida realizando una GVL en el Hospital Sierrallana entre 01/2016 y 12/2021 son el objeto inicial de este estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Los pacientes fueron seleccionados para GVL según los criterios de cirugía bariátrica del NIH en 1991, ya sea como técnica primaria o como revisional tras banda gástrica fallida. El seguimiento se realizó de acuerdo al protocolo establecido, a los 30 días, 6 y 12 meses. 179 pacientes fueron sometidos a GVL, 114 como GVL-P y 65 como GV-R en el mismo acto quirúrgico.

Los criterios de valoración fueron las complicaciones perioperatorias y a largo plazo y la evolución del peso a los 12 meses.

**Resultados:** 114 pacientes se sometieron a GVL-P (89 mujeres, 78,1%) y 65 a GV-R (55 mujeres, 84,6%) con una edad media de 43±10,61 años y 47,7±9,93 años respectivamente (p=0,004). El IMC preoperatorio fue de 46,2±5,82 kg/m<sup>2</sup> en GVL-P y de 42±6,06 kg/m<sup>2</sup> en la GV-R (p=0,000).

Como se muestra en la tabla 1, la GV como cirugía primaria presentó menor tasa de complicaciones perioperatorias (dehiscencia y absceso intraabdominal) que la cirugía de revisión, aunque los resultados no mostraron una significación estadística. En cuanto a la tasa de complicaciones postoperatorias a largo plazo relacionadas con la cirugía (estenosis y RGE), tampoco hubo diferencias significativas entre ambos grupos a los 12 meses de seguimiento. No se produjeron otras complicaciones como neumonía, TEP, TVP o infección de HQ en ninguno de los dos grupos. No hubo muertes en la totalidad de la serie.

La GV como técnica primaria ha demostrado mayor pérdida de peso a los 30 días, 6 y 12 meses que como técnica revisional, aunque solo al año los resultados muestran una significación estadística.

**Conclusiones:** Nuestros resultados confirmaron una menor pérdida de peso con la cirugía revisional que tras la GV como técnica primaria. Convertir una BG en una GV es un método factible, aunque con mayor número de complicaciones a corto y largo plazo.

	<b>GV (n=114)</b>	<b>R+GV (n=65)</b>	<b>p</b>
<b>Estancia hospitalaria</b>	2,62±0,709	3,71±5,659	0,806
<b>COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS (&lt;30 días)</b>			
<b>Dehiscencia</b>	0	2(3,1%)	0,060
<b>Absceso intraabdominal</b>	0	1(1,5%)	0,185
<b>COMPLICACIONES TARDÍAS (12meses)</b>			
<b>Estenosis</b>	0	0	1
<b>RGE</b>	6(5,3%)	8(12,3%)	0,092
<b>PÉRDIDA DE PESO</b>			
<b>IMC 12 meses</b>	30,66±5,50	32,25±5,72	0,069
<b>%PSP 12 meses</b>	63,83±18,43	53,80±18,71	0,001
<b>%PTP 12 meses</b>	33,56±9,23	27,68±9,33	0,000

**O-21****IMPACTO DEL PROTOCOLO DE ANESTESIA LIBRE DE OPIOIDES EN EL POSTOPERATORIO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA**

Maria Batlle, Arantxa Rada, Laura Vásquez, Júlia Castells, Nicolàs Garriga, Rosa Parra, Gràcia Cárdenas, Mauro Valentini, Xavier Mira.

Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers, España.

**Introducción:** Los pacientes sometidos a cirugía bariátrica presentan mayor riesgo de complicaciones debido al uso de opioides.

El objetivo es valorar la seguridad e idoneidad del protocolo Anestesia Libre de Opioides (OFA) implantado en el Hospital General de Granollers.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo unicéntrico con inclusión consecutiva de los 100 primeros casos de pacientes sometidos a cirugía bariátrica laparoscópica bajo protocolo OFA en el Hospital General de Granollers en el periodo comprendido entre Marzo de 2021 y Enero de 2023. Las variables recogidas fueron: estado hemodinámico intraoperatorio y postoperatorio (tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno), dolor (según escala EVA) y náuseas postoperatorias en la Unidad de Recuperación PostAnestésica (URPA) y en la planta de hospitalización convencional previa al alta, complicaciones postoperatorias (según clasificación Clavien-Dindo), grado de satisfacción de los pacientes, medido mediante el cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor antes del alta hospitalaria; y el grado de cumplimiento del protocolo "fast-track" de nuestro centro.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue 54 años, el índice de masa corporal medio 43,9 (37-52). Se practicó Sleeve en un 9% de los pacientes y Bypass en un 91% con un protocolo postoperatorio de "fast-track". La TAM y FC intraoperatorias y postoperatorias presentaron muy baja variabilidad (<20%). Tanto al ingreso en la URPA como al alta a planta con gafas nasales a 2 lx'; el 100% de los pacientes presentó SpO2 >95%. La tasa de complicaciones medidas con la escala Clavien-Dindo mayor o igual a 2 fue del 5%, contando con un caso de neumonía a los 15 días postoperatorios. No se objetivaron otras complicaciones respiratorias.

La media de dolor evaluado mediante escala visual analógica (EVA) fue 2 (0-4) al ingreso en la URPA, 2 (0-4) al alta de la URPA, 3 puntos (0-5) en el primer día postoperatorio y 2 (0-4) en el segundo día postoperatorio. Fue necesario administrar rescate analgésico con opioides débiles (Tramadol) en 6% de los pacientes y con mórficos en el 1%. El 8% presentó náuseas y precisó administración de ondansetrón. El 96% de los pacientes pudo completar el protocolo de fast-track con movilización e inicio de dieta precoz y ser alta hospitalaria en menos de 48 horas tras la intervención. La satisfacción de los pacientes medida mediante el cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor fue buena o muy buena en el 90% de los pacientes.

**Conclusiones:** Nuestro protocolo de OFA parece ser eficaz para el manejo anestésico de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica y para la prevención de complicaciones ventilatorias y náuseas postoperatorias relacionadas con el uso de opioides, logrando una óptima analgesia intraoperatoria y postoperatoria, favoreciendo la recuperación quirúrgica precoz asociando un alto grado de satisfacción por parte de los pacientes. Son necesarios estudios randomizados para confirmar estos datos.

O-22

## TORSIÓN FUNCIONAL DEL ASA ALIMENTARIA TRAS BYPASS GASTRICO ANTECOLICO

Francisco Miguel González Valverde<sup>1</sup>, Marien Tamayo Rodriguez<sup>1</sup>, Belén Agea Gimenez<sup>1</sup>, Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz<sup>1</sup>, María Valero Soriano<sup>1</sup>, Isabel María Gimenez Moreno<sup>1</sup>, José María Rodríguez Lucas<sup>1</sup>, Victor Soriano Gimenez<sup>2</sup>, Cristina García Zamora<sup>2</sup>, Juan Carlos Navarro Duarte<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España; <sup>2</sup>Hospital Dr. Rafael Méndez, Lorca, España.

**Introducción:** Debido a su eficacia y seguridad en el tratamiento de la obesidad, el bypass gástrico laparoscópico (BPGL) continúa siendo la técnica malabsortiva más utilizada. No obstante, se puede acompañar de una serie de complicaciones técnicas a largo plazo que obliguen a la revisión quirúrgica del procedimiento.

Presentamos un caso de torsión del asa alimentaria (AA) cerca de la anastomosis gastroyeyunal que condicionaba clínica de pseudoobstrucción.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 48 años (IMC: 44 kg/m<sup>2</sup>) intervenida tres años antes para BPGL con ascenso antecólico del AA en otro centro. Desde el segundo mes la paciente relataba vómitos frecuentes y dificultad para el paso de alimentos no triturados, con sensación de "stop" retroesternal. Refería además que, por los esfuerzos del vómito, había aparecido una eventración reducible sobre la cicatriz del trocar óptico. Se realizó endoscopia que no identificó ningún obstáculo que justificara los vómitos. Se interpretó que podían ser debidos a una encarceración intermitente del asa en eventración supraumbilical y fue intervenida, sin conseguir mejoría de la clínica. Se pautó entonces diazepam 5mg antes de comida y cena, y repartir la ingesta en 5 tomas diarias.

La paciente continuó perdiendo peso hasta llegar a un IMC de 17 kg/m<sup>2</sup> y una desnutrición que obligo a ingresar en nuestro centro. Se realizó una nueva endoscopia, que fue normal y un tránsito esófago-gastro-yeyunal que identificó una torsión del asa AA como causa de la dificultad de paso de los alimentos. La paciente fue intervenida con desmontaje de la gastroyeyunostomía y nueva anastomosis laterolateral mecánica. Se consiguió la desaparición de la clínica y actualmente la paciente se mantiene asintomática, con IMC de 24 kg/m<sup>2</sup>.

**Discusión:** La dificultad de paso del alimento después de un BPGL puede tener muy variadas etiologías: estenosis de las anastomosis, acodamiento o kinking de la yeyuno-yeyunostomía, torsión del asa Y de Roux sobre su eje, compresión del asa eferente por el mesocolon (ascenso transmesocólico), obstrucción por coágulos, intususcepción interna, síndrome adherencial, hernias de pared y hernias internas.

La torsión funcional o twist del asa alimentaria aparece cuando la unión de estómago y yeyuno sufre una volvulación en el eje axial que produce una estrechez no anatómica. Los síntomas acompañantes incluyen saciedad precoz, dolor, epigastralgia, reflujo y vómitos a los 10-20 minutos de comer. El diagnóstico es clínico, pero requiere alto grado de sospecha porque la endoscopia y el tránsito gástrico no suelen resultar concluyentes. El endoscopio pasa sin dificultad, pero al retirarlo la estrechez se reproduce. El tránsito esofagogastroyeyunal puede ser, como en este caso, muy ilustrativo del problema

Se puede intentar un tratamiento conservador, en la esperanza de que se dilaten las estructuras y el cuadro se resuelva solo, aunque sólo la cirugía con nuevo montaje del AA garantiza la curación.

O-23

## REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA (ReNacEIBar)

Manuel Ferrer-Marquez<sup>1</sup>, Manuel Garcia-Redondo<sup>1</sup>, Maria Dolores Frutos-Bernal<sup>2</sup>, Amador Garcia Ruiz De Gordejuela<sup>3</sup>, Monica Millan<sup>4</sup>, Fatima Sabench Pereferrer<sup>5</sup>, Jordi Tarascó Palomares<sup>6</sup>, Francisco Rubio Gil<sup>1</sup>, Manuel Ferrer-Ayza<sup>7</sup>, Grupo Renaceibar<sup>8</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Torrecárdenas, Almería, España; <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España; <sup>3</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España; <sup>4</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia, España; <sup>5</sup>Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España; <sup>6</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España; <sup>7</sup>Clínica Mediterraneo, Almería, España; <sup>8</sup>Hospital Torrecárdenas, ALMERIA, España.

**Introducción:** El objetivo principal es realizar un Registro Nacional de pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que son sometidos a cirugía bariátrica, así como evaluar los resultados y aspectos fundamentales del manejo de este tipo de pacientes en la práctica clínica habitual.

**Metodología:** Estudio retrospectivo observacional multicéntrico nacional, en el que se incluyen pacientes diagnosticados previamente de EII, que hayan sido intervenidos de cirugía bariátrica desde enero de 2000 hasta diciembre de 2022. Se diseña un formulario de registro de datos (ReNacEIBar) donde se incluyen todas las variables incluidas en el estudio y se remite a los responsables del centro una vez confirmado su interés en participar. Para una mayor difusión del estudio se contactó con la Asociación Española de Cirujanos (AEC), la Sociedad Española de Cirugía Bariátrica (SECO), así como la Asociación Española de Coloproctología (AECOP).

**Resultados:** En el registro han participado un total de 18 hospitales de toda la geografía nacional española. Se han incluido un total de 41 pacientes: 18 (43,9%) diagnosticados previamente de CU, 22 (53,7%) de EC, y una colitis indeterminada (2,4%). El 65,9% de la muestra han sido mujeres, con una edad media de 47,2±9,6 años. El IMC preoperatorio ha sido de 45,8±6,1 Kg/m<sup>2</sup>. Se han realizado 31 (75,6%) gastrectomías verticales, 1 (2,4%) Bypass gástrico y 9 (22%) Bypass gástrico de una anastomosis. Se han registrado un 9,8% de complicaciones. A los 12 meses, el IMC medio fue de 29,5±4,7 Kg/m<sup>2</sup>, presentando un %PTP de 33,9±9,1%. En cuanto a la evolución de la enfermedad y necesidad de tratamiento, prácticamente la mitad de la muestra mantuvo el mismo tratamiento, mientras que un 34,2% disminuyó el mismo.

**Conclusiones:** Este registro nos permitirá, por un lado, conocer las intervenciones realizadas hasta la fecha según el tipo de EII (así como las complicaciones y evolución ponderal de las mismas), y por otro, seguir ampliando el mismo a lo largo de los años, incluyendo nuevos hospitales colaboradores y aumentando el número de pacientes, así como ampliando las variables a analizar. La cirugía bariátrica en pacientes previamente diagnosticados de EII se puede considerar eficaz en cuanto a pérdida de peso, y segura en relación a un porcentaje bajo de complicaciones (que no supera, en principio, al del resto de población obesa intervenida de cirugía bariátrica, no diagnosticada de EII). La GVL es el procedimiento más comúnmente realizado como cirugía bariátrica en pacientes diagnosticados de EII, sin mostrar diferencias en cuanto a número de complicaciones frente a otras técnicas mixtas (RYGB, BAGUA). La cirugía bariátrica parece mejorar la evolución de la EII en un porcentaje importante de la población.

O-24

## Determinación de glicoproteínas mediante espectroscopia de rmn de para la evaluación del efecto de la cirugía bariátrica sobre el estado proinflamatorio del paciente con obesidad

Mercedes Bernaldo De Quirós Fernández<sup>1</sup>, Ana Pérez Zapata<sup>2</sup>, Blanca Otero Terrón<sup>1</sup>, Alberto García Picazo<sup>1</sup>, Rosa González Martín<sup>1</sup>, Silvia Fernández Noël<sup>1</sup>, Cristina Alegre Torrado<sup>1</sup>, Pilar Gómez Rodríguez<sup>1</sup>, Eduardo Ferrero Herrero<sup>1</sup>, Elías Rodríguez-Cuéllar<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España; <sup>2</sup>Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

**Descripción y Objetivos:** Los pacientes con obesidad presentan un estado proinflamatorio cuantificado generalmente mediante la medición de proteínas de fase aguda, la mayoría son glicoproteínas. Las más utilizadas, como la proteína C reactiva (PCR) presentan sin embargo gran variabilidad. La determinación mediante espectroscopia de RMN de glicoproteínas, en particular los grupos acetilo de la N-acetilglucosamina y la N-acetilgalactosamina (GlycA) y los grupos acetilo del ácido N-acetilneuramínico (GlycB), permite medir la glicosilación de las proteínas debido al estado proinflamatorio. La medición de las glicoproteínas glycA, glycB y glycF, ha demostrado fuerte asociación con el grado de inflamación y escasa variabilidad interindividual. Esto las convierte en una forma más fiable de medir inflamación frente a otros biomarcadores como la PCR, la hs-PCR o la IL-6. Además, los ratios H/W (height/weight) GlycA y H/W GlycB permiten detectar picos relacionados con el estado de agregación proteínica y la estabilidad de las uniones de la glicosilación. El objetivo del estudio es demostrar la influencia de la cirugía bariátrica sobre marcadores inflamatorios de alta sensibilidad (GlycA, GLyB y GLyF).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y prospectivo en pacientes con obesidad sometidos a cirugía bariátrica. Se incluyeron de forma secuencial pacientes intervenidos desde noviembre de 2019 a junio de 2020, mayores de 18 años, con IMC superior a 40 o a 35 con una o más comorbilidades; habiendo firmado todos ellos un consentimiento informado. Los pacientes fueron sometidos a la técnica quirúrgica indicada en cada caso, independientemente de su participación en el estudio: bypass gástrico en Y de Rous anillado (BPG-A), bypass gástrico en Y de Roux no anillado (BPG) y gastrectomía vertical (GV).

Se determinaron las glicoproteínas mediante espectrometría por RMN en plasma en el preoperatorio inmediato y a los 18 meses de la intervención.

El estudio se subvencionó con la Beca de Investigación de la Fundación de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad 2021 y fue aprobado por el comité ético de investigación biomédica.

**Resultados:** Se incluyeron 52 pacientes. Edad media de 46,3 años. El 63,46% fueron mujeres, el 36,54% hombres. El IMC medio fue de 43.57, el perímetro abdominal de 133.50 cm.

Se realizaron 29 (55,7%) BPGA, 19,23% se les realizó BPG y GV al 17,31%. El resto fueron cirugías de revisión, dos BPG-A y dos derivaciones biliopancreáticas tras GV.

Las medias de Glyc-A como de Glyc-B y Glyc-F y de los ratios HWGlyc-A y HWGlyc-B se exponen en la tabla 1.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas técnicas quirúrgicas realizadas.

**Conclusiones:** La cirugía bariátrica disminuye el estado proinflamatorio de los pacientes demostrado por el descenso de marcadores inflamatorios altamente sensibles (Glyc-A, Glyc-B y Glyc-F y los ratios HWGlyc-A y HWGlyc-B).

---

Marcadores inflamatorios	Media preoperatoria	Media postoperatoria	Diferencia	IC 95%	Pr( T  >  t )
GlycA	853.4758	594.6068	258.8691	195.9088-321.8293	0.0000
GLycB	355.6313	290.9014	64.72992	45.95635-83.50348	0.0000
GlycF	244.4822	594.6068	-350.1246	-389.6464-310.6027	0.0000
HWGlyc-A	18.57825	14.12353	4.454719	3.421505-5.487932	0.0000
HWGlyc-B	4.548665	3.699423	0.8492418	0.6139009-1.084583	0.0000

*Tabla 1. Evolución de medias de los distintos parámetros inflamatorios*

O-25

## Cambios en el perfil de ácidos grasos de cadena corta tras la cirugía bariátrica

Andrés Balaguer Román<sup>1</sup>, Alfonso Aliaga<sup>1</sup>, Ignacio Sánchez Esquer<sup>1</sup>, Maria Antonia Martínez Sánchez<sup>2</sup>, Alvaro Cerezuola<sup>1</sup>, Valentin Cayuela<sup>1</sup>, Ana Delegido<sup>3</sup>, Beatriz Gómez<sup>4</sup>, Bruno Ramos<sup>2</sup>, M<sup>o</sup> Dolores Frutos Bernal<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España; <sup>2</sup>Imib Instituto Murciano De Investigación Biosanitaria, Murcia, España; <sup>3</sup>Hospital Dr. Rafael Méndez, Lorca, España; <sup>4</sup>Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, España.

Los ácidos grasos de cadena corta (AGCC) son metabolitos derivados del microbiota intestinal con un papel clave en el control del peso corporal y la sensibilidad a la insulina.

**Objetivo:** Evaluar los cambios en los niveles circulantes de AGCC en pacientes con obesidad patológica sometidos a cirugía bariátrica (CB). Además, estudiamos las asociaciones potenciales entre esos cambios en los niveles de AGCC y diferentes marcadores de salud.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo en 51 pacientes sometidos a bypass. Las muestras de plasma se recolectaron antes de la cirugía y a los 6 y 12 meses. Los niveles de AGCC en plasma se determinaron mediante cromatografía líquida-espectrometría de masas.

**Resultados:** Revelaron cambios significativos en los niveles circulantes de AGCC después de CB. Se observó un marcado aumento en los niveles de propionato, butirato, isobutirato e isovalerato y una disminución en los niveles de acetato, valerato, hexanoato y heptanoato 12 meses después de la CB. Además, los cambios en los niveles de propionato, butirato e isobutirato se correlacionaron negativamente con cambios en el índice de masa corporal, mientras que los de isobutirato se correlacionaron negativamente con cambios en la evaluación del modelo homeostático para el índice de resistencia a la insulina.

Tabla 1: Correlaciones entre los niveles de AGCC en plasma y los parámetros antropométricos/bioquímicos entre el inicio y 12 meses después de la CB.

	IMC	Insulin	HOMA-IR	HbA1C	Glucose
tAGCC	-.278 *	-.099	-.183	.099	-.446†
sAGCC	-.255	-.074	-.161	.096	-.436†
Acetate	-.135	-.043	-.137	-.109	-.375†
Propionate	-.314 *	-.147	-.172	.114	-.229
Butyrate	-.330 *	-.261	-.257	.134	-.230
Valerate	-.369†	-.017	-.018	-.067	-.094
Hexanoate	-.232	.025	.006	.045	-.135
Heptanoate	-.448†	-.033	-.068	.001	-.142
bAGCC	-.388†	-.418†	-.439†	.200	-.474†
Isobutyrate	-.363†	-.320 *	-.368†	.190	-.449†
Isovalerate	-.242	-.380†	-.392†	.229	-.415†

SCFA = ácidos grasos de cadena corta; IMC = índice de masa corporal; HOMA-IR = evaluación del modelo homeostático de resistencia a la insulina; HbA1C = hemoglobina glicosilada; tAGCC = ácidos grasos de cadena corta totales; sAGCC = ácidos grasos de cadena corta lineales; bAGCC = ácidos grasos ramificados de cadena corta.

Los valores se presentan como coeficientes de correlación de Spearman. \*  $P < 0,05$ . †  $P < 0,01$ .

**Conclusión:** Los cambios en los niveles circulantes de AGCC totales y AGCC están asociados con una disminución en la pérdida de peso 12 meses después de la CB en pacientes con obesidad patológica. A nivel individual, los cambios en todos los tipos de AGCC analizados, excepto acetato, hexanoato e isovalerato, se asociaron con la disminución del IMC. Además, la disminución de los niveles de glucosa también estuvo relacionada con cambios en el isobutirato y el isovalerato. Hemos demostrado que el aumento de los niveles de isobutirato se correlaciona significativamente con la mejora del HOMA-IR. El aumento de isobutirato plasmático podría tener un papel en la mejora del control de la glucosa y la resolución de la resistencia a la insulina después de la CB, aunque se necesita más investigación para confirmar esta hipótesis.

O-26

## Evaluación del efecto de la cirugía bariátrica sobre del perfil metabólico mediante espectroscopia de rmn

Blanca Otero Torrón<sup>1</sup>, Elías Rodríguez Cuéllar<sup>1</sup>, Ana Pérez Zapata<sup>2</sup>, Mercedes Bernaldo De Quirós Fernández<sup>1</sup>, María Orellana León<sup>1</sup>, Rosa González Martín<sup>1</sup>, Silvia Fernandez Noel<sup>1</sup>, Cristina Alegre Torrado<sup>1</sup>, Pilar Gómez Rodríguez<sup>1</sup>, Eduardo Ferrero Herrero<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España; <sup>2</sup>Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

**Objetivo:** Uno de los efectos de la cirugía bariátrica es la resolución de la diabetes mellitus tipo II en individuos con obesidad, siendo este efecto incluso previo a la pérdida de peso. Aunque se han observado múltiples cambios fisiológicos, la causa principal de la resolución de la diabetes sigue siendo desconocida. Estudios recientes han demostrado una fuerte correlación entre altos niveles de los aminoácidos de cadena ramificada y sus metabolitos con la resistencia a la insulina. El objetivo de este estudio es demostrar la mejoría en las concentraciones plasmáticas de aminoácidos de cadena ramificada tras la cirugía bariátrica.

**Material y métodos:** Estudio observacional y prospectivo en pacientes con obesidad sometidos a cirugía bariátrica. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con IMC superior a 40 o a 35 con una o más comorbilidades relacionadas con la obesidad.

Se llevó a cabo una inclusión secuencial de los pacientes desde noviembre de 2019 a junio de 2020. Los pacientes incluidos en el estudio siguieron los protocolos de actuación establecidos por la Unidad de Cirugía Bariátrica de nuestro centro. Todos los pacientes incluidos fueron informados y firmaron un consentimiento informado para participar en él.

El estudio se subvencionó con la Beca de Investigación de la Fundación de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad 2021 y fue aprobado por el comité ético de investigación biomédica.

Los pacientes fueron sometidos a la técnica quirúrgica indicada en cada caso, independientemente de su participación en el estudio. Las técnicas empleadas fueron el bypass gástrico en Y de Roux anillado (BPG-A), bypass gástrico en Y de Roux no anillado (BPG) y gastrectomía vertical (GV) fundamentalmente.

Además de las pruebas preoperatorias rutinarias, se realizaron análisis de valina, isoleucina, leucina, hidroxibutirato, acetona, alanina, creatinina, creatina, glucosa, glutamato, glutamina, glicina, histidina, lactato, treonina, tirosina y glicerol mediante espectrometría por RMN en plasma en el momento de la intervención y a los 18 meses del postoperatorio.

**Resultados:** Los resultados se expresan en la tabla 1. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los niveles pre y postoperatorios de valina, isoleucina, leucina, hidroxibutirato, acetona, creatinina, creatina, glucosa, glutamato, glicina, lactato, treonina, tirosina y glicerol, con intervalos de confianza al 95% estrechos.

### Conclusiones

La cirugía bariátrica tiene un efecto sobre los aminoácidos ramificados, produciéndose una mejoría del perfil metabólico con descenso significativo de los mismos independientemente de la técnica realizada pudiendo ser un factor contribuyente a la resolución de la diabetes.

Tabla 1 Medias pre y postoperatorias de aminoácidos ramificados

Perfil metabólico	Media preoperatoria	Media postoperatoria	Diferencia	IC 95%	Pr( T  >  t )
Hidroxibutirato	298.4929	16.95983	281.5331	205.0121-358.0541	0.0000
Acetona	99.50335	16.1865	83.31685	58.26214-108.3716	0.0000
Creatina	70.17912	38.69284	31.48628	22.99327-39.9793	0.0000
Glucosa	5109.802	3556.845	1552.957	862.6929-2243.221	0.0000
Glutamato	165.8232	74.6084	91.21484	65.15551-117.2742	0.0000
Glicina	258.4266	225.8844	32.5422	2.699252-62.38514	0.0332
Lactato	772.7825	335.0049	437.7777	281.9999-593.5555	0.0000
Treonina	266.5344	155.7852	110.7492	91.90567-129.5927	0.0000
Tirosina	52.12394	34.98257	17.14138	9.183642-25.09911	0.0001
Valina	212.7174	140.2963	72.42117	60.28271-8455963	0.0000
Isoleucina	36.20103	26.93523	9.265805	3.840837-14.69077	0.0012
Leucina	125.1956	74.54407	50.65151	39.58765-61.71537	0.0000
Glicerol	120.8634	71.614	49.24944	26.9435-71.55538	0.0001

O-27

## Eficacia del uso de endoprótesis para el manejo de las fístulas tras cirugía bariátrica

**Andreu Martínez Hernández, Homero Beltrán Herrera, Raquel Queralt Martín, Elena Aliaga Hilario, José Manuel Laguna Sastre.**  
**Hospital General, Castellón de la Plana, España.**

**Introducción:** Actualmente, la cirugía bariátrica es el único tratamiento curativo de la obesidad con buenos resultados para el control ponderal y resolución de comorbilidades. Tiene una baja incidencia de complicaciones graves (~4%) y una tasa de mortalidad alrededor del 0,1%. De todas las complicaciones, las fugas gastrointestinales son eventos adversos importantes que aumentan la morbimortalidad postoperatoria (incidencia en torno al 0,1%-8,3% tras el bypass gástrico y entre el 0,1%-7% tras la gastrectomía vertical).

El manejo terapéutico de las fugas gastrointestinales incluye tanto la reoperación urgente así como métodos más conservadores. En los últimos años, el tratamiento endoscópico mediante stents autoexpandibles (SEMS), entre otras técnicas endoscópicas, se ha utilizado como manejo terapéutico en el control de las fugas gastrointestinales tras cirugía bariátrica, con resultados satisfactorios.

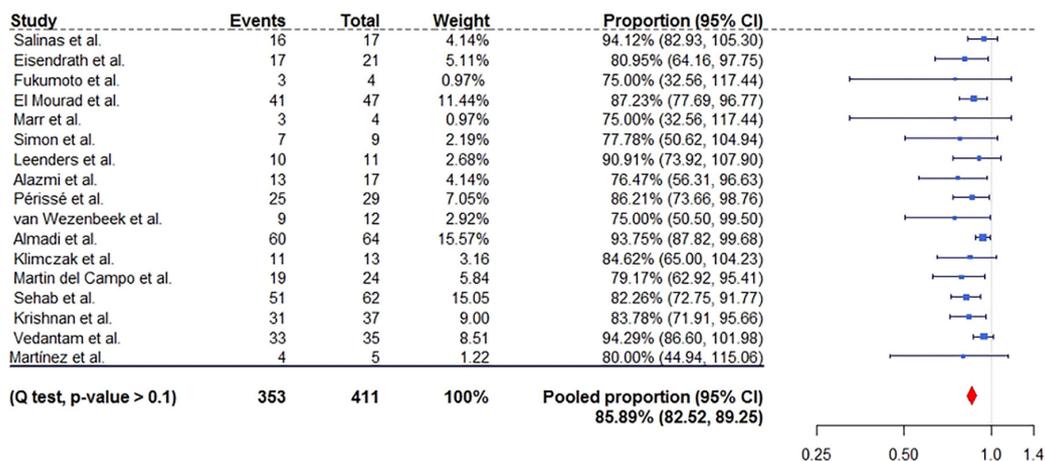
**Objetivos:** Evaluar la seguridad y eficacia del uso de stents para el tratamiento de las fugas después de la cirugía bariátrica, incluyendo todas las posibles complicaciones. Además, presentamos nuestra propia experiencia en el uso de SEMS para estas complicaciones, analizando más de 1.000 cirugías bariátricas en los últimos 19 años.

**Material y métodos:** Realizamos una revisión sistemática y un metanálisis de la colocación de SEMS para el tratamiento de las fugas gastrointestinales después de la cirugía de la obesidad. Se analizaron como resultados primarios la proporción global de cierre satisfactorio de la fuga, la migración del stent y la reintervención. Los resultados secundarios fueron las características clínicas de los pacientes, la duración y el tipo de endoprótesis, otras complicaciones de la endoprótesis y la mortalidad. Se trazaron *forest plots* para mostrar las estimaciones puntuales de cada estudio en relación con la estimación agrupada resumida. La heterogeneidad estadística entre los estudios se evaluó con el test Q de Cochran y los coeficientes  $I^2$ .

**Resultados:** Realizamos un metanálisis de los estudios que informaban de la colocación de stents, incluyendo 488 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 41 años, con un IMC medio de 43,2 kg/m<sup>2</sup>, la mayoría de los pacientes eran mujeres. La gastrectomía vertical fue la cirugía inicial más frecuente, y las fugas se localizaron con mayor frecuencia en la unión gastroesofágica (ángulo de His). Todos los estudios utilizaron endoprótesis cubiertas (principalmente endoprótesis totalmente cubiertas) con un tamaño de 18-23cm. La proporción global de cierre satisfactorio de la fuga fue del 85,89% (IC del 95%: 82,52-89,25%), el intervalo medio entre la colocación del stent y su retirada de 44 días, la migración del stent del 18,65% (IC del 95%: 14,32-22,98%) y la proporción global de reintervenciones del 13,54% (IC del 95%: 9,94-17,14%). No se reportaron muertes relacionadas directamente a complicaciones con la colocación del stent. Los resultados de nuestro estudio descriptivo fueron comparables a los datos obtenidos en el metaanálisis.

**Conclusiones:** La colocación endoscópica de SEMS puede utilizarse, en pacientes seleccionados, para el tratamiento de las fugas tras cirugía bariátrica con un alto índice de eficacia y bajas tasas de mortalidad. No obstante, la reducción de las tasas de migración del stent y de reintervención representa un reto importante para futuros estudios.

Estudio	Pacientes (n)	Edad (años)	Género	IMC medio (Kg/m <sup>2</sup> )	Cirugía primaria	Localización fistula	Duración media del stent (días)	Resolución de la fuga (%)	Reoperación poststent (%)	Migración stent (%)	Complicaciones	Mortalidad (%)	Tipo de stent
Salinas. A 2006	17	35.6	Varón (80%)	43.7	RYGB	Variable	60	94	6	6	-	0	Ultraflex
Eisendrath. P 2007	21	46	Mujer (72%)	41	GV / RYGB	Variable	71	80	9	4.7	Dolor 30%, Estenosis 9%	9	Ultraflex
Fukumoto. R 2007	4	38	Mujer (100%)	45	GV / RYGB	Variable	42	75	25	50	Vómitos 25%	0	Polyflex
Serra. C 2007	6	40.2	Mujer (66%)	44.3	GV / DS	Ángulo de His	150	66	16	33	-	0	Hanarostent
Casella. G 2009	3	46.6	Mujer (66%)	56.5	GV	Ángulo de His	55	100	0	33	-	0	Ultraflex
El Mourad 2012	47	41.2	Igual	42.5	GV	Ángulo de His	44	87	13	15	Reflujo, disfagia, sangrado 2%	0	Ultraflex Polyflex
Marr. B 2012	4	44	Mujer (100%)	45	GV	Ángulo de His	-	75	25	25	Dolor 30% Sangrado 50%	0	Wallflex
Simon F. 2013	9	42	Mujer (88%)	44	GV	Ángulo de His	43	78	22	11	-	0	Hanarostent
Leenders J.M 2013	11	41	Mujer (82%)	-	GV	Ángulo de His	105	90	10	18	-	0	Polyflex
Alazmi. W 2014	17	34	Varón (54%)	43	GV	Ángulo de His	44	76	12	6	Disfagia 18%, sangrado 12%	0	Ultraflex
Gallora. G 2014	4	47	Igual	51.5	GV	Ángulo de His	56	100	0	25	Dolor 30% Vómitos 50%	0	Megastent
Fishman. S 2015	26	42	Mujer (81%)	41	GV	Ángulo de His	26	65	7.7	27	Vómitos 5% Sangrado 3%	3	Wallflex
Périsse. L 2015	29	36.7	Mujer (60%)	44	GV / RYGB	Variable	63	86	13.7	24	Vómitos 5% Sangrado 3%	3.4	Full covered Stent
van Wezenbeek 2015	12	43	Mujer (70%)	47	GV	Ángulo de His	27	75	17	66	Perforación 40%	0	Hanarostent
Almadi. M 2017	64	36	Varón (55%)	40	GV	Ángulo de His	49	93.7	3	10.4	Dolor 56% Vómitos 11%	3	Wallflex Ultraflex
Klimczak. T 2017	13	42	Mujer (66%)	45.7	GV	Ángulo de His	32	84	30	46	Perforación 7%	7.6	Megastent
Martin del Campo 2017	24	45	Mujer (70%)	-	GV	Ángulo de His	30	80	24	30	Vómitos 12%	4	Wallflex
Shehab. H 2017	62	34	Mujer (66%)	48	GV	Ángulo de His	42	82	11	18	Sangrado 6%	0	MegaStent
Boerlage. T 2018	38	45.4	Mujer (58%)	43	GV / RYGB	Variable	28	66	5.3	12	Estenosis y sangrado 2%	2.6	Beta
Krishnan. V 2019	37	40.5	Mujer (70%)	45	GV	Ángulo de His	44	83	16	27	Reflujo 41%	2	Endomaxx
Shyam. V 2019	35	47.6	Mujer (88%)	36	GV	Ángulo de His	30	94.3	5.7	20	Obstrucción 5% Vómitos 5%	0	Wallflex



O-28

## Impacto metabólico de la pérdida de peso subóptima luego de cirugía bariátrica: análisis transversal de una cohorte de pacientes en el medio oriente

Juan Barajas-Gamboa<sup>1</sup>, Gabriel Diaz Del Gobbo<sup>1</sup>, Rajaa Mohamed Salih<sup>1</sup>, Juan Pablo Pantoja<sup>1</sup>, Daniel Guerron<sup>1</sup>, Hani Sabbour<sup>1</sup>, Matthew Kroh<sup>1</sup>, Ricard Corcelles<sup>2</sup>, John Rodriguez<sup>1</sup>, Carlos Abril<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Cleveland Clinic Abu Dhabi, Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos; <sup>2</sup>Cleveland Clinic Ohio, Cleveland, Estados Unidos.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue evaluar la modificación del riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), su impacto en pacientes con Síndrome Metabólico (SM) y pérdida de peso subóptima (PPS) después de la cirugía bariátrica (CB) y sus implicaciones en la práctica clínica.

**Material y métodos:** Este fue un análisis de cohorte transversal en un hospital de referencia en medio oriente. Se incluyeron en el estudio pacientes mayores de 30 años que se sometieron a CB entre 2015 y 2020. La "Puntuación de Framingham" (FRS) se calculó antes y después de un año de CB. Se utilizó un modelo lineal de efectos mixtos para estimar el cambio del riesgo de ECV en función de la pérdida de peso. Se analizó el impacto de la mejora de los factores de riesgo de ECV para la CB. La PPS se definió como < 20 % de la pérdida de peso corporal total (% PPCT).

**Resultados:** 191 pacientes fueron incluidos en el estudio. El 67,5% eran mujeres y el 32,5% hombres con una edad media de  $42,6 \pm 9$  años. El Índice de Masa Corporal (IMC) medio inicial fue de  $42,63 \pm 6,69$  kg/m<sup>2</sup> y los procedimientos quirúrgicos se distribuyeron: 55,5% Bypass Gástrico en Y de Roux y 44,5% Gastrectomía en Manga. Las condiciones relacionadas con la obesidad más comunes en esta cohorte incluyeron: dislipidemia 60%, hipertensión 40% y diabetes tipo 2 34%. Para el grupo de PPS, la FRS-ECV basal media fue de  $6,8 \pm 4,5$  %. Un año después de la CB, la FRS-ECV media disminuyó significativamente a  $4,8 \pm 3,1$  % en comparación con el valor inicial ( $p = 0,003$ ); De 21 pacientes dentro del grupo; 14 no lograron cambio en su categoría de riesgo, cinco tuvieron mejoras en su clasificación y dos empeoraron en su clasificación. A los 12 meses, toda la cohorte logró un PPCT medio del 28,2 % y se observó una reducción significativa de los factores de riesgo de ECV. Los pacientes con PPS lograron mejoras significativas en su SM un año después de la CB; la HbA1C inicial de  $6,4 \pm 1,5$  mejoró a  $5,8 \pm 1$  (normal), la presión arterial sistólica (PA) cambió de  $130 \pm 10,7$  a  $120,9 \pm 10,5$  y la PA diastólica se redujo de una línea base de  $79 \pm 10,2$  a  $75,5 \pm 9,3$ . Los triglicéridos mejoraron de  $1,7 \pm 0,8$  a  $1,3 \pm 0,5$  mientras que el LDL permaneció sin cambios de  $2,9 \pm 1$  a  $2,9 \pm 0,9$ .

**Conclusiones:** Este estudio respalda que la CB tiene el potencial de mejorar el SM al reducir los niveles de HbA1C, reducir la PA y disminuir los niveles de lípidos incluso en pacientes que experimentan PPS. La mejora de la puntuación de riesgo de ECV se correlacionó con el % de PPCT (con un umbral del 20 % de PPCT). Los sistemas actuales de puntuación del riesgo de ECV subestiman sistemáticamente el impacto de la CB en términos de mejoras clínicas individualizadas para la SM, incluidos los pacientes con PPS.

O-29

## Impacto de las dimensiones del tubular gástrico sobre el vaciamiento y el reflujo gastroesofágico. Estudio prospectivo randomizado

Eulàlia Ballester Vázquez<sup>1</sup>, Berta Gonzalo Prats<sup>2</sup>, Sonia Fernandez Ananin<sup>2</sup>, Claudia Codina Espitia<sup>2</sup>, Sandra Gonzalez Abós<sup>2</sup>, Laia Sala Vilaplana<sup>2</sup>, Antoni Molera Espelt<sup>2</sup>, Maria Carme Balagué Ponz<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitari Mutua Terrassa, Terrassa, España; <sup>2</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

**Introducción y objetivos:** La gastrectomía vertical es una técnica quirúrgica ampliamente utilizada para el tratamiento de la obesidad mórbida. Los aspectos técnicos de este procedimiento se ha establecido mayoritariamente de forma empírica y no están estandarizados. El objetivo de este estudio es analizar el impacto del tamaño antral y del diámetro de la tubuladura gástrica sobre el vaciamiento gástrico (VG) y el reflujo gastroesofágico (RGE) tras la cirugía y su influencia en la pérdida de peso.

**Material y métodos:** Se ha diseñado un estudio prospectivo randomizado (NCT02144545) para analizar el efecto de dos factores: El diámetro de la sonda utilizada para realizar la tubuladura (33 vs 42 Fr) y la distancia entre el píloro y el inicio de la tubuladura (2 vs 5cm). Utilizando estos dos factores los pacientes fueron randomizados en 4 grupos: 1 (33Fr and 2cm); 2 (33Fr and 5cm); 3 (42Fr and 2cm); 4 (42Fr and 5cm).

Se realizó en todos los pacientes una gammagrafía de vaciamiento gástrico, una pHmetría y un tránsito esófago-gastro-duodenal. Se calculó el % exceso de peso perdido al año y a los 2 años de la cirugía.

**Resultados:** 74 pacientes fueron incluidos en el estudio. 75.8% fueron mujeres. La edad mediana fue de 49.7 años. La media de IMC fue de 42Kg/m<sup>2</sup>.

El %VG preoperatorio fue de 57%±27 en el grupo de los 2cm y del 56%±23 en el grupo de 5cm (p>0.05). A los 2 meses postoperatorios la media de %VG fue del 70%±17 en el grupo de 2cm y del 66%±17 en el grupo de 5cm (p>0.05). Al año de la cirugía fue de 65%±22 y del 67%±17 en el grupo de 2 y 5cm respectivamente (p>0.05). El aceleramiento del %VG observado a los 2 meses fue significativo únicamente en el grupo de 2cm (p=0.03).

La pHmetría de 24h registrada en el canal distal se consideró patológica si el pH era <4 más del 4% del tiempo. De forma preoperatoria un 58.3% de los pacientes presentaron registros patológicos de pHmetría, de los cuales todos eran asintomáticos. No se observaron diferencias significativas entre grupos a los 2 meses ni al año de la cirugía aunque el % de registros patológicos aumentó tras la gastrectomía (66% a los 2 meses y 68.6% al año). El factor que mas influyó en el desarrollo de RGE fue la sonda de 42Fr (OR 6.5) de forma significativa (p 0.01). El IMC preoperatorio, el sexo, la edad y el tamaño antral no influyeron de forma significativa. No se identificó relación entre el VG y el RGE. No se observaron diferencias entre los grupos respecto la pérdida de peso al año y a los 2 años de la cirugía.

**Conclusión:** Tras la gastrectomía vertical encontramos un aceleramiento del VG global y un aumento del RGE en todos los grupos. El factor que más impacto tubo en el desarrollo de RGE en nuestro estudio fue el diámetro de la sonda, concretamente de 42Fr. No se encontraron diferencias respecto la pérdida de peso entre los grupos.

0-30

## Alta el mismo día asistida por telemonitorización tras cirugía bariátrica robótica

**Albert Caballero Boza, Jordi Tarascó Palomares, Laura Lopez Vendrell, Mauricio Parrales, Pau Moreno Santabàrbara, Eva Martinez, Silvia Pellitero, Jose Maria Balibrea Del Castillo.**

**Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.**

**Objetivos:** Presentar nuestra experiencia con la primera serie de pacientes en un protocolo de alta al mismo día, SDD (Same Day Discharge) utilizando plataforma de telemonitorización tras cirugía robótica bariátrica.

**Material y métodos:** Se trata de un análisis prospectivo unicéntrico en un grupo seleccionado de pacientes sometidos a cirugía robótica bariátrica: RTR-Gastrectomía en manga (SG) y Bypass gástrico en Y de Roux (RYGB) utilizando la plataforma Da Vinci, 12 pacientes fueron incluidos prospectivamente entre mayo de 2021 y febrero de 2023. Se realizó SG en diez pacientes y RYGB en dos pacientes. Todos ellos fueron seleccionados y potencialmente tratados mediante el protocolo SDD. Tras el SDD, los pacientes fueron monitorizados remotamente en las 48 horas siguientes mediante un dispositivo médico (REVITA) que medía las constantes vitales tres veces al día y se realizaron una videoconsulta y 2 entrevistas clínicas online durante los 2 primeros días tras la cirugía. El resultado primario fue la tasa de éxito (%) y los resultados secundarios fueron las visitas a urgencias, los reingresos, las complicaciones precoces y la satisfacción del paciente mediante cuestionarios ad hoc.

**Resultados:** El protocolo de SDD pudo aplicarse en 9 de los 12 pacientes seleccionados inicialmente. Los casos excluidos se debieron a un mal control del dolor y a una saturación de oxígeno basal inferior al 96%.

Un paciente volvió a acudir al servicio de urgencias en los primeros 30 días debido a un mal control del dolor.

Durante los primeros 90 días no se observaron complicaciones de ningún tipo ni reingresos. Se alcanzó un nivel de satisfacción muy elevado en todos los pacientes.

**Conclusión:** La combinación del uso de sistemas de telemonitorización y el abordaje robótico facilita la implantación de programas de cirugía bariátrica ambulatoria seguros y eficaces.

O-31

## Resultados iniciales tras la implantación de un programa de cirugía bariátrica revisional mediante plataforma robótica

**Albert Caballero Boza, Jordi Tarascó Palomares, Laura Lopez Vendrell, Mauricio Parrales, Pau Moreno Santabábara, Eva Martínez, Silvia Pellitero, Jose María Balibrea Del Castillo, Celia Martínez Alvez.**  
**Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.**

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia acumulada en RRBS (Revisional Robotic Bariatric Surgery) utilizando la plataforma Da Vinci desde 2018 hasta 2022.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional unicéntrico que describe el uso de la plataforma robótica Da Vinci (Xi y X) para casos revisionales incluyendo tanto conversiones, procedimientos en 2 tiempos y procedimientos correctivos.

**Resultados:** De 2018 a 2022, se realizaron 267 procedimientos bariátricos robóticos en nuestra Unidad; 38 casos (14%) fueron RRBS, 19 de ellos (51%) se operaron durante 2022. Se realizaron 29 (76,3%) conversiones (68% de ellas fueron de SG a RYGBP), 7 procedimientos secuenciales (SADI) y 2 cirugías correctivas. El IMC medio antes de la cirugía revisional fue de 41 Kg/m<sup>2</sup>. El reflujo gastroesofágico en 27/38 (71%) fue la indicación más frecuente, incluidos 3 casos con esófago de Barret, seguido de un IMC >55 Kg/m<sup>2</sup> y la recuperación de peso. El tiempo quirúrgico medio fue de 226,4 minutos (8,4 min para el tiempo de acoplamiento). Se realizó una anastomosis gastroyeyunal manual en el 42% de los casos y en el 100% de las duodenileostomías. No se observaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias precoces. Hubo 2 reingresos por hemorragia endoluminal autolimitada. El IMC medio a los 6 y 12 meses de la intervención fue de 32,6 Kg/m<sup>2</sup> (16,2% TWL) y 28,1 Kg/m<sup>2</sup> (21,32% TWL), respectivamente. La tasa de resolución clínica de la ERGE fue del 100%. La estancia hospitalaria media fue de 3,1 días. No se registraron reintervenciones ni mortalidad en nuestra serie.

**Conclusiones:** La cirugía de revisión por abordaje robótico no sólo es factible, sino que se asocia a resultados clínicos que podrían ser superiores a los de la laparoscopia, especialmente en términos de seguridad.

O-32

## Sutura barbada para el cierre de defectos mesentéricos tras bypass gástrico laparoscópico: ¿Ha cambiado la incidencia de hernia interna en nuestra serie?

**Leire Otalora Mazuela, Antonia Brox Jimenez, Miguel Lladro Esteve, Maria Artime Rial, Lara Pérez Corbal, Veronica Costas Fernández, Elena Lois Silva, Ivan Cordovés Weiller, David Castrodá Copa, Alberto Parajó Calvo.**  
**Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España.**

**Objetivos:** Continúa siendo controvertido el cierre de los defectos mesentéricos generados tras un by-pass gástrico laparoscópico (BPGL). A partir del año 2018 comenzamos a realizar el cierre con sutura barbada irreabsorbible. Previamente en nuestra serie utilizábamos sutura continua con monofilamento irreabsorbible.

Hipotetizamos que la sutura barbada al ser unidireccional, autobloqueante, igualmente no absorbible y fácilmente manejable podría facilitar el cierre de los defectos mesentéricos, siendo este cierre más eficaz y por tanto, menor la incidencia de hernia interna.

**Material y métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo, descriptivo de los pacientes de nuestra serie intervenidos desde enero del 2017 hasta abril del 2021 con un periodo mínimo de seguimiento de 24 meses. Realizamos BPGL variante antecólica y antegástrica en todos los casos, independientemente del tipo de sutura empleada para el cierre de las brechas mesentéricas. Se usa el paquete estadístico SPSS versión 29.0.0.0 para el análisis de datos.

**Resultados:** Durante este periodo se intervinieron 143 pacientes de BPGL, de ellos 15 (10,48%) fueron conversiones de gastrectomía vertical por reflujo gastro-esofágico.

La media de seguimiento fue de  $39,59 \pm 16,626$  meses.

El 74,8% de los pacientes intervenidos fueron mujeres y el 25,2%, varones. La edad media fue de  $46,52 \pm 8,375$  años. La media del IMC fue de  $42,81 \pm 7,594$ .

En todos los casos se cerraron ambas brechas mesentéricas con sutura continua. No hubo complicación quirúrgica inmediata relacionada con el cierre de los defectos mesentéricos como sangrado u obstrucción intestinal.

En 73 (51%) casos se empleó sutura barbada no absorbible y en 70 (49%) se utilizó sutura monofilamento irreabsorbible. No se halló asociación estadística entre la incidencia de hernia interna y el tipo de sutura empleada.

La incidencia de hernia interna fue de 6 casos (4,19%), todos tras BPG laparoscópico primario (ninguno en los segundos tiempos). 5 casos fueron confirmados intraoperatoriamente y sólo un paciente se encuentra pendiente de intervención quirúrgica. 3 pacientes presentaron hernias internas de Petersen, 2 hernias a través del defecto mesentérico generado al confeccionar la anastomosis entero-entérica y 1 caso con hernia interna doble tanto en el espacio de Petersen como en el mesenterio de la anastomosis intestinal. 4 pacientes fueron operados de urgencia y sólo uno de manera programada.

**Conclusiones:** La incidencia de hernia interna en nuestro estudio fue del 4,19%, ligeramente superior a lo descrito en la literatura. Probablemente sea debido al prolongado seguimiento que realizamos a nuestros pacientes, lo cual nos permite diagnosticar casos tardíos, y a la precocidad a la hora de solicitar pruebas de imagen. Además, si estas últimas son negativas para hernia interna y el paciente continúa sintomático, indicamos una laparoscopia exploradora. Todo ello nos permite detectar casos que de otro modo pasarían desapercibidos.

No existe asociación estadística entre el tipo de sutura empleado para el cierre de las brechas mesentéricas y la hernia interna.

Ampliar el estudio con más pacientes y seguimiento probablemente arroje más datos que ayuden a clarificar un tema aún en controversia como es el cierre de los defectos mesentéricos.

O-33

## Bypass gástrico en Y de Roux en dos tiempos: una alternativa ante situaciones técnicas desfavorables

**Silvia Fernández Noël, Alberto Garcia Picazo, Pilar Gomez Rodriguez, Victoria Carmona, Viviana Vega, Mercedes Bernaldo De Quiros, Rosa Gonzalez Martin, Cristina Alegre, Elias Rodriguez Cuellar, Eduardo Ferrero Herrero.**  
**Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.**

**Objetivo:** El bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) es actualmente una de las cirugías de primera elección en los pacientes que se someten a cirugía por obesidad. Hay pacientes que, debido a sus comorbilidades, alto IMC o dificultades técnicas, se plantean cirugías en dos tiempos, fundamentalmente la gastrectomía vertical (GV) como primer paso. Presentamos nuestra experiencia en aquellos pacientes que se eligió el BGYR en un primer tiempo e intraoperatoriamente no fue posible realizar dicha técnica quirúrgica.

Nuestro objetivo es describir una alternativa quirúrgica cuando ya no es una opción elegir la GV como primer paso.

**Material y métodos:** Presentamos 2 pacientes a los que se les realizó un BGYR en dos tiempos. Primero se realiza abordaje inframesocólico: realización del pie de asa, sección de yeyuno a 40 cm del ángulo de Treitz y anastomosis yeyuno yeyunal a 150cm de sección anterior; posteriormente en fase supramesocólica imposibilidad de manipulación hepática, motivo por el cual no se logra completar el bypass y se realiza posteriormente en otra intervención quirúrgica. Todos ellos fueron valorados por el equipo de nutrición antes y después de ambas intervenciones.

**Resultados:** El primer paciente es un varón de 42 años, IMC 50, se le realiza el pie de asa y al iniciar el tiempo de la anastomosis gastroyeyunal debido a dificultades técnicas: hepatomegalia por esteatosis grave; se ve imposibilitada la manipulación del hígado y se finaliza la intervención únicamente con el pie de asa. Posteriormente pierde 10 kg en 6 semanas y se completa el BGYR. Postoperatorio sin complicaciones. El segundo paciente, es una mujer de 54 años, IMC 40, durante la cirugía bariátrica, debido a dificultades técnicas (gran friabilidad del hígado por esteatosis) se realizó el pie de asa, pudiéndose completar el bypass a las 6 semanas, tras una pérdida de peso de 12 kg (IMC 32,8). Postoperatorio sin incidencias (Figura 1).

**Conclusión:** La realización de la anastomosis gastroyeyunal diferida en un segundo tiempo, tras la confección del pie de asa, en aquellos pacientes que presentan dificultades técnicas intraoperatorias (hepatomegalia severa), podría ser un recurso quirúrgico seguro y eficaz en el BGYR. Ya que, el hígado es de los primeros órganos en disminuir su tamaño tras una pérdida de peso inicial. Por lo tanto, esta técnica ofrecería una resolución a corto plazo del inconveniente técnico, pudiéndose completar el BGYR tras 6 semanas.

O-34

## Distalización del pie de asa a expensas del asa biliopancreática en pacientes intervenidos previamente de bypass gástrico: análisis de resultados

Paula González Atienza, Anna Curell, Anna De Holanda, Alba Andreu, Amanda Jiménez, Víctor Turrado-Rodríguez, Xavier Morales, Dulce Momblán, Ainitze Ibarzabal.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

### Introducción

El auge de la cirugía bariátrica como tratamiento de la obesidad mórbida se ha acompañado en los últimos años de un aumento exponencial de las cirugías de revisión. En el caso del bypass gástrico en Y-de-Roux (BPG), que sigue siendo considerado la técnica quirúrgica gold standard, las cirugías de revisión por casos de pérdida ponderal insuficiente o de reganancia ponderal siguen siendo motivo de controversia.

La posibilidad de conversión a procedimientos quirúrgicos más malabsortivos, como el cruce duodenal o el *Single Anastomosis Duodeno-Ileal bypass* (SADI-S), implica una elevada complejidad técnica, con la consiguiente morbimortalidad asociada. El alargamiento del asa biliopancreática o distalización del bypass previo es una opción técnicamente más sencilla, que puede ofrecer un mayor componente malabsortivo sin aumentar significativamente la morbilidad.

### Métodos

Entre enero de 2016 y marzo de 2021 se intervinieron un total de 19 pacientes portadores de un BPG previo de alargamiento del asa biliopancreática en nuestro centro.

### Resultados

El 89% de los pacientes eran mujeres, con una edad media de 49 años (32—66). Previo a la cirugía revisional, el IMC preoperatorio medio era 40.73 kg/m<sup>2</sup> (35—48). El tiempo medio entre el primer y el segundo tiempo quirúrgico fue de 120 meses (27—202), siendo el IMC preoperatorio antes de la primera cirugía 47.5 kg/m<sup>2</sup> (37-56.7). En todos los casos el abordaje quirúrgico fue laparoscópico. La longitud de asa común promedio fue de 158.68 cm (150—200). Ningún paciente presentó complicaciones intraoperatorias. Dos pacientes (10.5%) presentaron complicaciones durante el postoperatorio (Clavien 3b en ambos casos).

Con una media de seguimiento de 33.15 meses (6—48), el IMC medio al año de la cirugía revisional fue 32.73 kg/m<sup>2</sup> (24.33—45.25), presentando un PEPP% medio de 53.8% y un TWL% medio de 20.8%. En el cálculo global teniendo en cuenta la cirugía primaria y la revisión, el PEPP% medio fue de 66.1% y el TWL% medio de 30.8%.

Respecto al seguimiento a medio y largo plazo, a los dos años (84% de pacientes) el IMC medios fue de 30.63 kg/m<sup>2</sup> (24.21—43.69) y a los 3 años (73.63% de pacientes) fue de 31.33 kg/m<sup>2</sup> (27.18-43.59).

### Conclusiones

El alargamiento del asa biliopancreática en pacientes intervenidos de BPG es una alternativa técnica a tener en cuenta en pacientes con pérdida ponderal insuficiente o reganancia ponderal, que ofrece un mayor componente malabsortivo, asociando resultados favorables tanto en la evolución ponderal como en la baja tasa de complicaciones intra y postoperatorias. Son necesarios estudios prospectivos randomizados con mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados preliminares.

0-35

## Cirugía bariátrica en pacientes mayores de 60 años. ¿Merece la pena arriesgarse?

**Maria Iraola Fernández De Casadevante, Itziar De Ariño Hervás, Ainhoa Echeveste Varela, Amador Garcia Ruiz De Gordejuela, Laura Martí Gelonch, Eider Talavera Urquijo, Emma Eizaguirre Letamendia, Jose Ignacio Asensio Gallego, Jose María Enriquez Navascués.**

**Hospital Universitario Donostia, Donostia, España.**

**Objetivo:** La cirugía bariátrica ha mostrado ser una cirugía segura, realizándose incluso en pacientes mayores de 60 años. En este tipo de pacientes la cirugía bariátrica ha mostrado tasas más elevadas de complicaciones postquirúrgicas en comparación con poblaciones más jóvenes, además de menor pérdida de exceso de peso y menor mejoría de comorbilidades. Tal y como ocurre con otras patologías, es difícil establecer un límite cronológico para indicar la cirugía bariátrica. El objetivo del presente estudio es valorar la efectividad en la pérdida del exceso de peso y seguridad de la cirugía bariátrica en pacientes mayores de 60 años.

**Material y método:** Estudio de cohortes retrospectivo a partir de base de datos de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica durante 4 años consecutivos en un hospital terciario. Se realiza comparación de complicaciones a corto plazo (primeros 3 meses) y a largo plazo (con un seguimiento mínimo de 2 años tras la cirugía) comparando a pacientes intervenidos mayores y menores de 60 años, así como el exceso de peso perdido.

**Resultados:** Se analizaron un total de 138 pacientes, 13 de ellos de  $\geq 60$  años (38.5% de los mismos fueron mujeres) y 125 pacientes  $< 60$  años (de los cuales 75.2% fueron mujeres). El IMC medio preoperatorio fue de 44.50 kgr/m<sup>2</sup>. No se encontraron diferencias significativas en las características basales de ambos grupos. En el grupo de  $\geq 60$  años 12 pacientes fueron intervenidos de BGYR y 1 de gastrectomía vertical, en el grupo de  $< 60$  años 108 fueron sometidos a BGYR y 17 a gastrectomía vertical. No hubo diferencias significativas en la tasa de hemorragia (11.2% en el grupo de  $< 60$  años frente a 7.69% en el de  $\geq 60$  años), fístula (1.6% y 0% respectivamente), fuga postoperatoria (1.6% frente a 0% ) ni el Clavien-Dindo  $>2$  entre ambos grupos (8.8% frente a 0%). Tampoco hubo diferencias significativas en la tasa de hernia interna (8% frente a 0%), úlcera anastomótica (3.3% frente a 7.7%) ni tasa curación de diabetes mellitus (56% frente a 16.7%). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la porcentaje de exceso de peso perdido al año, siendo en los pacientes  $< 60$  años de 31.28% y de 27.22% en los pacientes  $\geq 60$  años. Sin embargo si hubo diferencias significativas a los dos años de la cirugía ( $p=0.02$ ), siendo de 32.17% en los pacientes  $< 60$  años y de 25.02% en los pacientes  $\geq 60$  años.

**Conclusiones:** la cirugía bariátrica en pacientes mayores de 60 años es una cirugía segura y efectiva en la pérdida de exceso de peso.

O-36

## Seguridad de la cirugía bariátrica laparoscópica de reducción de puertos. Revisión sistemática y meta-análisis

Lucía Gutiérrez-Ramírez, Elisa Medina-Benítez, Antonio Morandeira-Rivas, Ángel Arias-Arias, Antonio Tejera-Muñoz, Jerónimo Riquelme-Gaona, Carlos Moreno-Sanz.

Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.

**Objetivos:** La cirugía bariátrica es uno de los métodos más efectivos a largo plazo para el tratamiento de la obesidad grave. Entre los procedimientos bariátricos descritos, la gastrectomía vertical (GV) y el bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) son los dos más usados actualmente. El abordaje estándar en este tipo de técnicas es la laparoscopia convencional, con cinco o más puertos de entrada en la pared abdominal. Posteriormente, se han desarrollado modificaciones de estas técnicas en la que se reduce el número de incisiones o puertos (3 o menos). El objetivo de esta revisión sistemática se basó en comparar los resultados, en términos de seguridad (complicaciones y reoperaciones), de la cirugía bariátrica de reducción de puertos (CBLRP) con el abordaje convencional (CBLC).

**Material y métodos:** Esta revisión sistemática ha sido registrada en Prospero con el número de registro CRD42022372829. Brevemente, se ha realizado una búsqueda sistemática en las principales bases de datos (EMBASE, CENTRAL y PUBMED) y se incluyeron todos los estudios de cohortes y ensayos clínicos aleatorizados que comparasen CBLRP y CBLC. Usando un meta-análisis de efectos aleatorios se ha calculado el porcentaje de complicaciones y reoperaciones precoces en ambas técnicas. Adicionalmente, se ha estimado el odds ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

**Resultados:** Se obtuvieron un total de 885 documentos, de los cuales 216 eran duplicados. Tres revisores independientes evaluaron por título y resumen los distintos estudios, seleccionando 75 para su evaluación a texto completo. Se observó un grado de acuerdo muy bueno entre los tres revisores ( $\kappa$  0,809). Finalmente, 17 (5 ensayos clínicos aleatorizados y 12 estudios de cohortes) fueron seleccionados para incluirse en el análisis. Entre los estudios, 2 recogían pacientes sometidos a BGYR y 15 a GV. Los 15 estudios pertenecientes a GV incluyeron un total de 2030 pacientes (1016 CBLC / 1014 CBLRP), con 140 complicaciones (74 CBLC / 66 CBLRP) y 22 reoperaciones precoces (10 CBLC / 12 CBLRP). La tasa de complicaciones GV-CBLC fue de 7,61% (IC95% 3,4 - 13,3), mientras que en el grupo GV-CBLRP fue de 7,47% (IC95% 4,6-11), lo que supone un odds ratio de 0,9 (IC95% 0,59-1,37). En cuanto a las reoperaciones precoces, en GV-CBLC fue de 1,77% (IC95% 0,9 - 2,9), mientras que en el grupo GV-CBLRP fue de 2,04% (IC95% 1,1-3,3), lo que supone un odds ratio de 1,22 (IC95% 0,52-2,88). Con respecto al grupo BGYR, los dos estudios incluidos sumaron un total de 200 pacientes sometidos a CBLC (con un total de 3 complicaciones y 0 reoperaciones) y 140 a CBLRP (con 5 complicaciones y 3 reoperaciones). Estos datos no fueron meta-analizados debido al reducido número de estudios disponibles.

**Conclusiones:** La CBLRP es una técnica tan segura como el abordaje laparoscópico convencional, con una proporción similar de complicaciones y reoperaciones precoces. Es necesario analizar la eficacia de estos procedimientos de reducción de puertos y otros posibles beneficios, asociados a la menor agresión sobre la pared abdominal, que puedan justificar su utilización en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

O-37

## Impacto de la anestesia libre de opioides en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en un hospital terciario

Rubén Jiménez Martín<sup>1</sup>, Laura García Martín<sup>2</sup>, Diego Córdova García<sup>1</sup>, Félix Mañes Jiménez<sup>1</sup>, Pilar Laguna Hernández<sup>1</sup>, Marta Bru Aparicio<sup>1</sup>, Raúl Díaz Pedrero<sup>1</sup>, María Rosario San Román Romanillos<sup>1</sup>, Tomás Ratia Giménez<sup>1</sup>, Alberto Gutiérrez Calvo<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España; <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

**Introducción:** La cirugía bariátrica es el tratamiento más efectivo para la obesidad ya que logra una pérdida de peso sostenible, reduce comorbilidades, mejora la calidad de vida y aumenta la esperanza de vida.

La anestesia libre de opioides (OFA) es una técnica libre de opioides intraoperatoriamente. Dichos fármacos atenúan las respuestas de estrés hormonal por la cirugía y la inestabilidad hemodinámica, pero están asociados con efectos secundarios como: depresión respiratoria, náuseas, retención urinaria, hiperalgesia, dolor postquirúrgico persistente, recuperación lenta y debilidad de la musculatura faríngea.

El objetivo de este estudio es valorar la seguridad e idoneidad del protocolo *Anestesia libre de opioides* implantado en un hospital terciario en 2022.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio observacional retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica con protocolo OFA en 2022.

Comenzamos premedicando con dexmedetomidina 20µg 15 minutos antes de la inducción. A la llegada a quirófano se inicia perfusión continua de dexmedetomidina 0,1µg/Kg/h, lidocaína 1mg/Kg/h y ketamina 0,1mg/Kg/h. Seguidamente se administra paracetamol 1gr, dexketoprofeno 50mg, dexametasona 8mg y magnesio 40mg/kg. A continuación, se procede a la inducción con bolo de dexmedetomidina 0,1µg/Kg, lidocaína 1mg/Kg, ketamina 0,1mg/Kg, propofol 3mg/Kg y rocuronio 1mg/Kg.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, IMC, minutos en quirófano, hipertensión arterial tras intubación orotraqueal, HTA e hipotensión intraoperatorias. A la llegada a la URPA se midió: saturación arterial de oxígeno basal, tensión arterial, miligramos de cloruro morfíco consumidos y el dolor mediante la escala visual analógica (EVA).

La recogida de datos se realizó mediante una hoja de cálculo Excel(Microsoft® 2019) y su análisis mediante el programa estadístico IBM SPSS V.26.

**Resultados:** Se intervinieron un total de 29 pacientes: 19 *bypasses* gástricos y 10 gastrectomías verticales. De éstos 17 eran mujeres (58,6%) y 12 hombres(41.4%), con edades comprendidas entre 34 y 62 años, media 50 años(DT: 7,91); el IMC osciló entre 38 y 55,8, media 44(DT: 4,82); el tiempo de estancia en quirófano fue 207 minutos de media.

Durante la estancia en URPA: la SpO2 presentó una mediana de 97%(RIC: 95-98%); solo el 13,6% de los pacientes tuvo HTA; el 58,6% no mostró dolor a su llegada; el 89,7% no recibieron cloruro morfíco como rescate frente al dolor; solo se administró medicación antiemética en 4 pacientes(13.7%). Al alta de la URPA la puntuación EVA fue inferior a 4 en todos los casos.

**Discusión:** Aunque se trata de una muestra pequeña, los resultados de nuestro trabajo reflejan la capacidad de la OFA de conseguir buen control hemodinámico y del dolor sin aparición de efectos adversos asociados a la técnica anestésica.

El 89,7% de nuestros pacientes no precisaron opioides postoperatorios, con un manejo óptimo del dolor.

Es conocida la alta incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), con la aplicación de técnicas OFA ésta ha disminuido. En nuestra población solo ha recibido tratamiento el 13,7%.

El uso de opioides *per se* es un factor de riesgo para la aparición de eventos respiratorios en las primeras 24 horas postoperatorias. Nuestro trabajo recoge la SpO2 tras la extubación con una mediana de 97%.

O-38

## Estudio manométrico del reservorio en pacientes con bypass gástrico en y de roux anillado y no anillado. Resultados preliminares

**Javier Martínez Caballero, Diego Hernández García-Gallardo, Cristina Alegre Torrado, Isabel Castel De Lucas, Pilar Gómez Rodríguez, Felipe De La Cruz Vigo, Eduardo Ferrero Herrero, Elías Rodríguez Cuéllar.**  
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

**Objetivo:** Describir y comparar la presión del reservorio gástrico en pacientes bypass gástrico en Y de Roux con banda (B-BPGYR) y en pacientes sin banda (BPGYR)

**Material y métodos:** Estudio de cohortes prospectivo entre 2018 y 2021 realizándose una manometría esofágica de alta resolución (MAR) a los 24 meses de seguimiento a 33 pacientes tras cirugía bariátrica, 21 pacientes en el grupo B-BPGYR y 12 pacientes en BPGYR. En el grupo B-BPGYR se coloca una banda de polipropileno (6,5 x 1 cm) a 2-3 cm proximal a la anastomosis gastro-yeyunal. Se progresó el catéter de la MAR 7-8 cm caudalmente al borde inferior de la unión esofagogástrica (UEG). Se analizó la presión media (mmHg) del esófago distal (ED), de la UEG, y la presión intragástrica en intervalos de 1 cm a lo largo del reservorio gástrico en reposo y durante la 5<sup>a</sup>-7<sup>a</sup> deglución. Para la comparación de las medias se empleó U de Mann-Whitney.

**Resultado:** La presión media del reservorio de forma global es 13,14 ± 1,01 mmHg. No se han observado diferencias significativas respecto a la presión media global del reservorio (1-7cm) entre ambos grupos (11,51 ± 1,29 mmHg - 15,56 ± 2,28; p: >0,05).

Tras el análisis inicial se excluyen 5 pacientes (23,8%) del grupo B-RYGB en los cuales no se aprecia efecto de la banda durante la MAR y cuya presión es < 10 mmHg.

En la cohorte general (reposo/deglución), (figura 1) se observa una diferencia significativa respecto a la presión media a nivel del ED, UEG, 2-6cm.

En reposo, (figura 2) se observa un aumento significativo de presión a los 4-5 cm de la UEG.

Durante la deglución (figura 3) se observa un aumento significativo de la presión media en el grupo B-BPGYR a nivel de la UEG y entre los 2-6 cm del reservorio. La mayor diferencia de presión se observa entre los 4-5 cm de la UEG.

		ED	UEG	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm	5 cm	6 cm	7 cm
Global (reposo+ deglución)	BPGYR	14,67	23,86	15,61	14,34	12,92	12,41	12,01	12,65	14,07
	B- BPGYR	18,76	28,97	15,06	15,09	16,82	18,19	17,46	15,03	11,26
	p- valor	0,018	0,000	0,121	0,02	0,000	0,000	0,000	0,000	0,485
Reposo	BPGYR	8,85	22,43	15,32	13,2	12,14	11,36	12,04	11,09	11,91
	B- BPGYR	11,61	19,34	14,3	11,35	13,04	13,85	13,34	12,21	8,63
	p- valor	0,058	0,682	0,929	0,464	0,126	0,011	0,025	0,25	1,00
Deglución	BPGYR	17,85	25,66	16,48	15,55	13,91	13,4	12,65	13,5	14,84
	B- BPGYR	20,14	30,81	16,23	17,4	19,32	20,66	20,19	17,15	12,88
	p- valor	0,148	0,000	0,082	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	0,556

**Conclusión:** Un 23% de los pacientes con B-BPGYR no se observó efecto manométrico del cerclaje en el reservorio pudiendo infraestimar el efecto restrictivo.

El cerclaje del reservorio produce una zona de alta presión tanto en reposo como en deglución a los 4-6 cm de la UEG compatible con la localización de la banda, así como un aumento de la presión en la zona previa a la banda durante la deglución

Figura 1

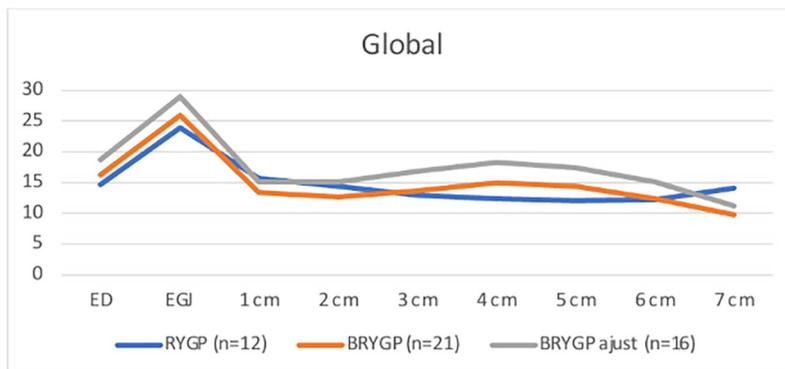


Figura 2

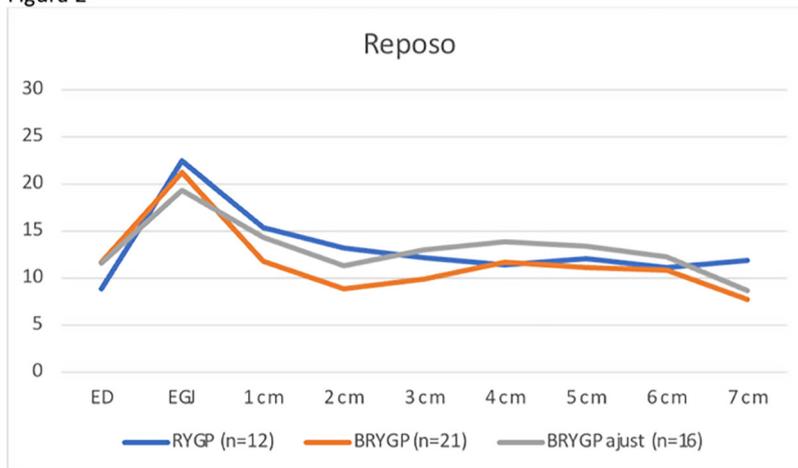
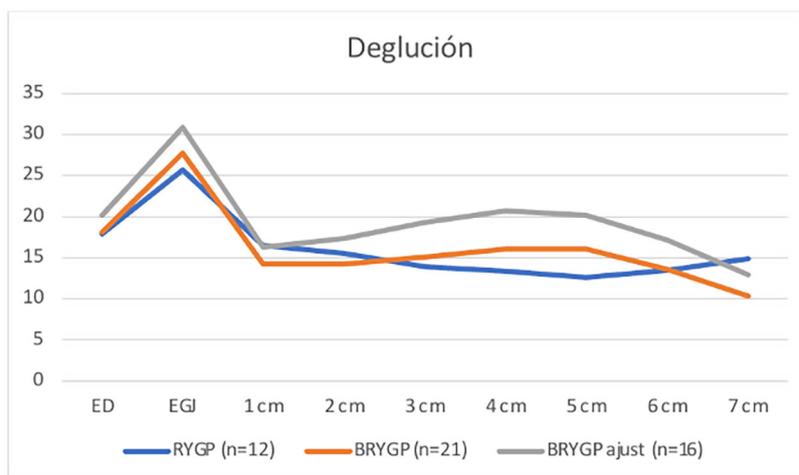


Figura 3



0-39

## Curva de aprendizaje de la cirugía bariátrica robótica

**Alexis Luna, Montse Adell, Pere Rebas, Assumpta Caixàs, Sara Crivillés, Raquel Lobato, Andrea Torrecilla, Xavier Serra Aracil.**  
**Corporació Sanitari Parc Tauli, Sabadell, España.**

**Objetivo:** Analizar los resultados de la cirugía bariátrica mínimamente invasiva, asistida por robot durante la curva de aprendizaje.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo para analizar la morbimortalidad en la cirugía bariátrica laparoscópica y tras la introducción de la cirugía robótica en nuestro hospital en octubre de 2020.

La selección de casos para robot ha venido dada por la disponibilidad del mismo, dando prioridad a la cirugía revisional compleja e hipoabsortiva.

**Resultados:** A lo largo de 17 años se han operado 565 pacientes de cirugía bariátrica, 502 por vía laparoscópica y 64 asistidos por robot. Globalmente, se han operado 376 bypass en Y de Roux (336/40), 141 gastrectomía vertical (137/4), 3 SADIs (3/0), 5 cruce duodenal en un tiempo (0/5) y 44 cirugías revisionales (29/15).

Del grupo laparoscopia presentaron complicaciones Clavien > 2, 80 de 502 (15.9%) y del grupo robot 9 de 64 (14.1%). El CCI medio del grupo laparoscopia fue de 10.9 y del grupo robot 7.8. El CCI de los pacientes complicados fue de 22.5 en el grupo laparoscopia vs 23.9 del grupo robot. La mortalidad postoperatoria es nula en ambos grupos. Analizando específicamente las complicaciones quirúrgicas, en el grupo laparoscopia son del 18.5% mientras en el grupo robot descienden a 10.9%.

**Conclusiones:** No se observan diferencias en cuanto a complicaciones postoperatorias en el grupo laparoscópico respecto a la serie inicial robótica, a pesar de incluirse en la serie robótica casos más complejos.

O-40

## Perfil avanzado de lipoproteínas y lipidómica en plasma determinado por rmn antes y después de la cirugía bariátrica

Ana Isabel Perez Zapata Zapata<sup>1</sup>, Elías Rodríguez Cuéllar<sup>1</sup>, Carolina Varela Rodríguez<sup>1</sup>, Nuria Amigo<sup>2</sup>, Martá Durán Ballesteros<sup>3</sup>, Cristina López Arriscado<sup>1</sup>, Rosa González Martín<sup>1</sup>, Eduardo Ferrero Herrero<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España; <sup>2</sup>BiosferTreslab, Tarragona, España; <sup>3</sup>Hospital de Galdakao - Usansolo, Galdakao, España.

**Objetivos:** La obesidad se relaciona con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como dislipemia, diabetes e HTA, a lo que se atribuye el exceso de mortalidad.

El objetivo del estudio es demostrar el cambio del perfil molecular avanzado de lipoproteínas (PMAL) determinado por espectroscopia de resonancia magnética nuclear en plasma tras cirugía bariátrica reduciendo así el riesgo de enfermedad cardiovascular.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y prospectivo en pacientes con obesidad sometidos a cirugía bariátrica. Se incluyeron secuencialmente pacientes desde noviembre de 2019 a junio de 2020.

Los pacientes fueron sometidos a la técnica quirúrgica indicada en cada caso, independientemente de su participación en el estudio.

Se analizó el PMAL en plasma del preoperatorio inmediato y al 18<sup>o</sup> mes postoperatorio mediante envío de muestras y realización de espectroscopia por resonancia magnética en plasma en el laboratorio BiosferTreslab®.

El estudio se subvencionó con la Beca de Investigación de la Fundación de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad 2021 y fue aprobado por el comité ético de investigación biomédica.

**Resultados:** Se incluyeron 52 pacientes. Edad media de 46,3 años. El 63,46% fueron mujeres, el 36,54% hombres. El IMC medio fue de 43.57, el perímetro abdominal de 133.50 cm.

El 32,6% eran diabéticos en tratamiento médico, el 44,23% hipertensos, y el 19,23 % fumadores. El 86,53% de los pacientes presentaban alteración en al menos uno de los parámetros analíticos en el estudio lipídico.

Se realizaron 29 (55,7%), bypass gástricos (BPG) anillados, 19,23% se les realizó BPG y gastrectomía vertical al 17,31%. El resto fueron cirugías de revisión, dos BPG-A y dos derivaciones biliopancreáticas tras GV.

Todos los pacientes presentaron alguna mejoría en PMAL. Las medias se expresan en tabla 1.

**Conclusiones:** La cirugía bariátrica mejora el PMAL disminuyendo los FRCV.

El análisis de las características de las partículas lipoproteicas mediante espectrometría por RMN es óptimo para estudiar el metabolismo lipoproteico en pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Son necesarios estudios con mayor población y seguimiento a largo plazo para acabar de determinar el papel de la cirugía en el perfil lipídico avanzado de pacientes con obesidad y la influencia de diferentes técnicas quirúrgicas.

LIPOPROTEÍNAS	MEDIA Preoperatorio	MEDIA Postoperatoria	P valor	Porcentaje de reducción
VLDL-C	20,08	15,91	0.0000	20,76
IDL-C	11,58	11,04	0.3732	4,63
LDL-C	134,58	115,78	0.0002	13,96
HDL-C	49,56	63,18	0.0000	-27,48
VLDL-TG	92,91	64,10	0.0000	31,00
IDL-TG	11,85	12,18	0.7648	-2,81
LDL-TG	15,44	13,39	0.0056	13,26
HDL-TG	16,71	16,24	0.5345	2,78
VLDL-P(nmol/L)	69,20	45,8	0.0000	33,76
Large VLDL-P(nmol/L)	1,85	2,12	0.7367	-14,85
MediumVLDL-P(nmol/L)	4,61	5,1	0.3465	-11,97
Small VLDL-P(nmol/L)	62,74	39,22	0.0000	37,47
LDL-P(nmol/L)	1361,30	1136,79	0.0000	16,49
Large LDL-P(nmol/L)	196,06	211,59	0.4235	-7,92
MediumLDL-P(nmol/L)	404,52	333,64	0.0006	17,52
LDL-P(nmol/L) <sup>2</sup>	760,72	623,27	0.0000	18,06
HDL-P(μmol/L)	25,70	42,39	0.1450	-64,95
Large HDL-P(μmol/L)	0,32	0,9	0,3354	-189,12
MediumHDL-P(μmol/L)	10,1	11,39	0,0037	-12,01
Small HDL-P(μmol/L)	15,21	18,9	0,0000	-24,75
VLDL-Z(nm)	41,93	41,87	0,9082	0,12
LDL-Z(nm)	20,95 (0	21,52	0,1620	-2,74
HDL-Z(nm)	8,36 (0.17)	8,53	0,4644	-2,14

O-41

## Impacto del confinamiento durante la pandemia covid-19 en la pérdida de peso tras cirugía bariátrica

Marta Cuadrado Ayuso, José Ignacio Botella Carretero, Pablo Priego Jiménez, Pablo Gil Yonte, Silvia Sánchez Picot, Luis Blázquez Hernando, Jose M Fernández Cebrián, Julio Galindo Álvarez.

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

**Objetivos:** Durante la pandemia COVID-19, el gobierno español declaró medidas de confinamiento desde el 15 de marzo hasta el 21 de junio. Las restricciones afectaron al estilo de vida de la población. Nuestro objetivo fue analizar el impacto del confinamiento en la pérdida de peso tras cirugía bariátrica (CB) así como estudiar las diferencias en la ingesta, la actividad física y la salud mental en los pacientes afectados en el primer año de la cirugía por las medidas de aislamiento.

**Material y métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo sobre una base de datos prospectiva seleccionando en el grupo COVID (casos) los pacientes a los que se realizó CB 6 meses antes del inicio del confinamiento. El grupo pre-COVID (controles), fueron pacientes que completaron 1 año de seguimiento antes de marzo de 2020. Empleamos cuestionarios validados para el registro de la dieta, cuestionario de frecuencia alimentaria (CFA), la actividad física, cuestionario de actividad física global (GPAQ), y la escala de ansiedad de Hamilton.

**Resultados:** Incluimos 37 pacientes en cada grupo. El porcentaje de exceso de peso perdido (%PSP) y el porcentaje de peso total perdido (%PTP) al año de la CB fue similar en ambos grupos (Tabla 1). En base a los cuestionarios realizados, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la actividad física, ni en la ansiedad entre ambos grupos. La ingesta fue similar entre los casos y los controles. (Tabla 2)

**Conclusiones:** En nuestro estudio el confinamiento durante la pandemia COVID-19 no afectó a la pérdida de peso el primer año tras CB. No encontramos diferencias significativas en la ingesta, la actividad física o la ansiedad entre los grupos de estudio.

**Tabla 1. Características basales y seguimiento grupo COVID vs pre-COVID.**

		COVID (n=37)	Pre-COVID (n=37)		
		SG (n=22)	RYGBP (n=15)	SG (n=22)	RYGBP (n=15)
Edad (años)		46.73 (10.61)	45.60 (9.73)	51.36 (9.15)	49.33 (9.53)
Sexo	Masculino	9 (40.9%)	3 (20%)	6 (27.27%)	11 (73.33%)
	Femenino	13 (59.09%)	12 (80%)	16 (72.72%)	4 (26.66%)
ASA	II	10 (45.5%)	8 (53.3%)	14 (63.63%)	9 (60%)
	III	11 (50%)	7 (46.7%)	3 (13.63%)	5 (33.3%)
IMC basal (Kg/m <sup>2</sup> )		46.52 (6.29)	42.7 (4.81)	43.32 (5.47)	44.58 (7.40)
HTA		10 (45.45%)	9 (60%)	12 (54.54%)	8 (53.33%)
DM2		7 (31.81%)	3 (22.12%)	9 (40.9%)	8 (53.3%)
DL		4 (18.18%)	6 (40%)	9 (40.9%)	4 (26.6%)
AOS		9 (40.9%)	3 (22.12%)	8 (36.36%)	6 (40%)
PSP 1 año (%)		78.77 (23.39)	72.66 (26.6)		
		72.05 (23.53)*	89.33 (19.53)	65.23 (24.51)*	83.56 (26.54)
PTP 1 año (%)		33.01 (7.25)	29.62 (9.84)		
		31.49 (7.39)*†	35.39 (6.59)	26.43 (9.66)*	34.29 (8.35)

\*p<0.05 vs RYGBP; †p<0.05 vs SG pre-COVID

**Table 2. Resultado Cuestionarios: CFA, GPAQ, HAM-A**

	COVID (37)	PRE-COVID (37)		
	SG (22)	RYGBP (15)	SG (22)	RYGBP (15)
HAM-A score	9.80	11	15.12	10.50
METs	4029.3 (5352)	1686.1 (1432.9)	4891.76 (5274.3)	3208.57 (3842)
CFA				
Calorias(kcal/d)	554.1 (489.35)	697.520 (319.87)	784.377 (620.17)	711.233 (408.52)
Proteinas (g/d)	25.73(22.28)	33.32(13.38)	32.57(21.77)	32.21(21.85)
HC(g/d)	69.57(71.5)	86.1(49.77)	99.6(78.18)	86.17(55.08)
Grasas(g/d)	21.29(17.81)	25.61(19.99)	29.79(28.37)	26.87(13.97)
HCC(g/d)	14.67(14.04) *†	27.38(13.66)	34.97(34.09)	32.30(32.35)

*\*p<0.05 vs RYGBP pre-COVID, †p<0.05 vs SG pre-Covid,*

O-42

## ¿Influye la técnica quirúrgica en la reganancia de peso?: Sleeve vs. Bypass

Angela Santana Valenciano, Marta Cuadrado Ayuso, Aldo Andrés Andrade Yagual, Pablo Priego Jiménez, Silvia Sánchez Picot, Pablo Gil Yonte, Luís Blázquez Hernando, Elena Payno Morant, José María Fernández Cebrián, Julio Galindo Álvarez.

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.

**Objetivos:** El sleeve gástrico (SG) y el bypass gástrico (BPG) son las dos técnicas de cirugía bariátrica (CB) más realizadas en los últimos años.

Existe cierta controversia respecto a si los resultados de ambas técnicas son comparables en cuanto a pérdida de peso y resolución de comorbilidades.

La reganancia de peso tras CB tiene una etiología multifactorial, con reaparición de comorbilidades y repercusión en la calidad de vida de los pacientes. Nuestro objetivo fue analizar las diferencias en reganancia de peso según la técnica empleada.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos entre 1-enero-2017 y 31-diciembre-2019. Los criterios de exclusión fueron: cirugía de revisión, pérdida de seguimiento antes de los 3 años, embarazo durante el seguimiento y los pacientes con una pérdida de peso insuficiente (porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) inferior a 50% a los 12 meses).

Analizamos: peso, IMC y pérdida de peso en el seguimiento empleando como indicadores el PSP, PTP, EIMCP, EIMCP-Esp.

Consideramos reganancia de peso el incremento de un 25% de PSP desde el peso mínimo alcanzado. Comparamos los resultados de pérdida de peso y reganancia según la técnica realizada, empleando la t-Student o la chi-cuadrado, según sean variables cuantitativas o cualitativas, respectivamente.

**Resultados:** Se intervino a 389 pacientes de CB y excluimos 42 cirugías de revisión, 60 por pérdida de seguimiento y 7 por embarazo. De los 280 pacientes restantes, se realizaron 149 SG y 131 BPG. De ellos, el 18,12% de SG y el 13,74% BPG presentaron una pérdida insuficiente de peso, por lo que no se incluyeron para el análisis de la reganancia.

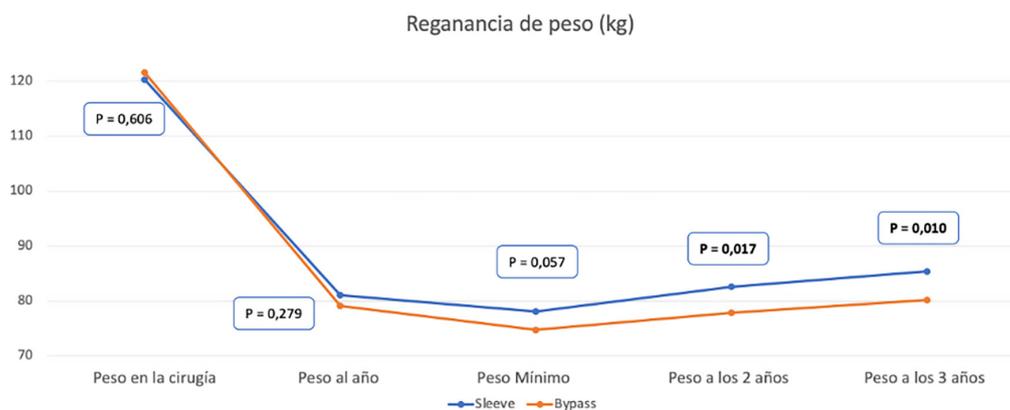
De los 235 pacientes con pérdida de peso adecuada, 122 fueron SG y 113 BPG, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,319$ ). La mediana de seguimiento fue de 40 meses (36-48). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el peso inicial, IMC inicial, ni el peso mínimo alcanzado entre los dos grupos.

Por el contrario, sí objetivamos diferencias estadísticamente significativas en el peso perdido entre el primer y tercer año postoperatorios, con una pérdida de peso mayor en el grupo de BPG (Tabla 1 y Fig. 1).

La reganancia de peso a los 3 años de la cirugía fue mayor en el grupo de SG, 18,9%, frente al 7,1% del BPG, con diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,008$ ).

**Conclusión:** En nuestro estudio el SG se asoció a una menor pérdida de peso y a una mayor reganancia de peso en los tres primeros años de seguimiento en comparación con el BPG.

Indicadores de peso		Total (235)	SG (122)	BPG (113)	P-valor
Peso mínimo alcanzado		76,49(13,39)	78,09(13,66)	74,76(12,93)	0,057
Tiempo hasta el nadir (meses)		19,09(8,72)	18,03(8,32)	20,23(9,04)	0,053
1 año	Peso	80,31(15,10)	81,07(14,35)	79,12(13,10)	0,279
	IMC	29,74(3,94)	30,21(3,54)	29,24(4,29)	0,059
	PSP	77,98(18,20)	74,94(16,39)	81,25(19,51)	<b>0,008</b>
	%PTP	33,50(7,29)	32,40(6,74)	34,66(7,69)	<b>0,016</b>
	%EIMCP	78,02(18,42)	75,29(16,63)	80,98(19,83)	<b>0,021</b>
	%EIMCP-ESP	95,01(20,44)	91,62(18,69)	98,68(21,66)	<b>0,008</b>
3 años	Peso	82,87(15,50)	85,38(16,01)	80,17(14,50)	<b>0,010</b>
	IMC	30,73(4,49)	31,81(4,22)	29,57(4,49)	<b>&lt;0,005</b>
	PSP	72,09(20,70)	66,30(19,26)	78,35(20,45)	<b>&lt;0,005</b>
	%PTP	31,14(9,41)	28,76(8,64)	33,72(9,57)	<b>&lt;0,005</b>
	%EIMCP	72,10(20,15)	66,47(19,39)	78,21(19,24)	<b>&lt;0,005</b>
	%EIMCP-ESP	88,00(24,66)	81,13(23,08)	95,41(24,26)	<b>&lt;0,005</b>



O-43

## Evaluación de la relación entre la endoscopia preoperatoria y la pieza quirúrgica obtenida en la gastrectomía vertical como procedimiento bariátrico: estudio retrospectivo unicéntrico

Xavier Potau Lahoz, Marina Vila Tura, Alex Hugué-Sánchez Ramón, Laura Pulido Martínez, Esther Mans Muntwyler.  
Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, España.

**Introducción y objetivos:** Hay una falta de consenso sobre los criterios de realización de la endoscopia digestiva alta preoperatoria (EDAp) a los pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Las recomendaciones divergen entre guías. Los hallazgos de esta EDAp pueden motivar cambios en el manejo. El objetivo de nuestro estudio es comparar los resultados entre la EDAp y los hallazgos histopatológicos de la pieza quirúrgica (AP) de los pacientes intervenidos de gastrectomía vertical (GV) por obesidad mórbida (OM) en nuestro centro. Con el objetivo de identificar a los pacientes con hallazgos AP patológicos a quienes la EDAp había descrito el estómago como normal macroscópicamente, para evaluar si de haberse detectado preoperatoriamente hubiera podido condicionar un manejo preoperatorio o abordaje quirúrgico distinto.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico incluyendo los pacientes intervenidos de GV laparoscópica por OM desde febrero 2007 hasta mayo 2018. A todos los pacientes se realizó EDAp con test para *Helicobacter Pylori* (HP), realizando biopsias sólo si se detectaban alteraciones macroscópicas. En todos los pacientes se hizo estudio AP de la pieza de GV. Se ha clasificado retrospectivamente los hallazgos de EDAp según Sharaf et al. (S0: no hallazgos; S1: hallazgos no relevantes; S2: hallazgos que suponen posponer o cambio de técnica quirúrgica; S3: hallazgos que contraindican la cirugía) y los hallazgos AP en función de si eran indolentes o clínicamente relevantes según la clasificación de Nowak et al. Se ha realizado un análisis descriptivo y comparativo correlacionando hallazgos de la EDAp y AP. Se han buscado factores de riesgo de alteraciones AP clínicamente relevantes.

**Resultados:** Se incluyeron 197 pacientes: un 70,1% mujeres, media de edad de  $49 \pm 10,5$  años y una media de índice de Masa Corporal (IMC) de  $52.6 \pm 5.6$  kg/m<sup>2</sup>. El 59.4% presentaban esteatosis hepática, 46.2% dislipemia, 44.2% hipertensión arterial, 32% diabetes mellitus y 14.7% reflujo gastroesofágico. En el 58,4% de los casos se detectó HP+ en la EDAp, lográndose la erradicación preoperatoria en todos los casos excepto uno. Del total de pacientes, 10 (5%) presentaron hallazgos AP clínicamente relevantes (gastritis crónica con metaplasia intestinal). De éstos, 7 pacientes la EDAp no encontró hallazgos macroscópicos (S0) y no se habían realizado biopsias. En el análisis bivariante, los pacientes con esteatosis hepática presentan mayor incidencia de hallazgos AP clínicamente relevantes con resultados estadísticamente significativos (7,7%.vs. 1,3%, p0.043). El IMC mayor se relaciona con mayor probabilidad de hallazgos AP globales (p0.015).

**Conclusiones:** Los hallazgos macroscópicos gástricos en la EDAp no se correlacionan con los hallazgos AP de la pieza quirúrgica de GV. En un 5% de los pacientes, la biopsia describe lesiones clínicamente relevantes que podrían suponer un cambio en el manejo terapéutico previo o en la técnica quirúrgica. La utilización de endoscopios de alta resolución y biopsias seriadas podrían mejorar el estudio preoperatorio, optimizando su manejo o indicación quirúrgica. La esteatosis hepática podría ser un factor de riesgo de lesiones gástricas histopatológicamente relevantes. Son necesarios estudios de mayor evidencia para conseguir un consenso sobre las indicaciones de EDAp en estos pacientes.

O-44

## Rol de la enfermera de práctica avanzada en obesidad

Elena Martín Gómez, Adriana Arregui Azagra, Miriam Echávarri Echániz.  
Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

**Introducción:** La obesidad es una enfermedad compleja con afectación multisistémica de carácter crónico, que afecta a individuos de todas las edades y se ha convertido en un problema de salud pública en todo el mundo debido al aumento alarmante de su prevalencia. Según datos de la OMS, en 2016 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. Según estos datos, surge la necesidad de dar respuesta a la demanda generada por esta patología a todos los niveles. En este sentido, está demostrado en otros contextos que la enfermera de práctica avanzada (EPA) es un perfil profesional que facilita la sostenibilidad de los recursos y aumenta la eficiencia en los resultados obtenidos en la atención a los pacientes.

**Objetivos:** Conocer el impacto de la implantación del papel de una EPA en obesidad, tanto en el paciente como en la organización. Más concretamente, se evaluó el grado de satisfacción percibida por el paciente, la fidelización en el seguimiento del paciente y los beneficios que supone para la propia organización.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura mediante la búsqueda de artículos en las bases de datos Cochrane, Pubmed y Cinahl, limitados a los últimos 10 años, en inglés o español.

Por otro lado, se realizó una revisión de los pacientes en nuestro centro según análisis de encuestas de calidad y satisfacción, revisión de la fidelización en revisión y aumento del beneficio en la organización, siendo un centro privado.

**Resultados:** Existe escasa evidencia que avale el papel de la EPA en obesidad, pero sí en otras patologías de carácter crónico. Las competencias propias de este rol, junto con la experiencia clínica de esta figura que se ha implantado en el nuestro centro ponen de manifiesto: a) la mejora en la calidad de la asistencial y coordinación en el seguimiento, b) la mejora en la satisfacción con la atención percibida, c) el aumento del beneficio en la organización.

**Conclusiones:** La implementación de la EPA se encuentra respaldada por la evidencia de la literatura actual, sin embargo se objetiva un vacío en la literatura respecto a la implantación de la EPA en obesidad. Así mismo, se puede concluir que esta figura contribuye a la mejora de la eficiencia de un uso óptimo de los recursos.

O-45

## CIRUGÍA MALABSORTIVA EN MAYORES DE 60 AÑOS: ANÁLISIS DE RESULTADOS

**Anna Curell, Paula González-Atienza, Lilliam Flores, Violeta Moizé, Belén Martínez-Mifsud, Anaïs Besa, Víctor Turrado-Rodríguez, Xavier Morales, Dulce Momblán, Ainitze Ibarzabal**  
**Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.**

**Objetivos:** La pérdida ponderal insuficiente es motivo de controversia en el manejo quirúrgico de pacientes intervenidos de obesidad mórbida. La distalización en el caso de pacientes con un *bypass* gástrico en Y-de-Roux (BPG) previo puede ofrecer un mayor componente malabsortivo. En los pacientes intervenidos de gastrectomía vertical (GV), la conversión a BPG o a *Single Anastomosis Duodeno-Ileal bypass* (SADI-S) puede mejorar la pérdida ponderal, debiéndose estudiar el posible reflujo gastroesofágico (RGE) asociado a la GV.

Sin embargo, esta mayor malabsorción puede conllevar déficits mineraloproteicos relevantes, así como efectos en el tránsito intestinal. En pacientes añosos, la valoración riesgo-beneficio en estos casos cobra todavía más importancia.

**Material y métodos:** Entre octubre de 2019 y octubre de 2022 se intervinieron 11 pacientes mayores de 60 años de cirugía bariátrica malabsortiva en nuestro centro.

**Resultados:** El 72.7% de los pacientes eran mujeres, con una edad media de 63.3 años (60—70). El IMC preoperatorio medio era 44.03 kg/m<sup>2</sup> (35.17—56.09). Se hicieron seis conversiones de GV a BPG distal (longitud del asa común (AC) de 150cm en el 83.3% de casos), tres distalizaciones de BPG previos (AC de 150cm en todos los casos), una conversión de SG a SADI-S (AC de 250cm) y un SADI-S primario (AC de 300cm). En tres casos se asociaron hiatoplastias; tres casos fueron asistidos por robot Da Vinci.

El tiempo medio entre el primer y el segundo tiempo quirúrgico fue de 95.7 meses (17—190). La estancia hospitalaria media fue de 2.36 días (2—3). No hubo complicaciones intraoperatorias, y único paciente (9.09%) presentó complicaciones postoperatorias (Clavien 2). Con una media de seguimiento de 19.45 meses (6—40), el IMC medio al año de la cirugía fue 31.45 kg/m<sup>2</sup> (24.63—36.51), con un PEPP% medio de 63.46% y un TWL% medio de 25.81%. Los pacientes refieren una media de 3.77 deposiciones diarias (1—7), asociando flatulencia (45.4%) o esteatorrea (36.4%) en algunos casos. Tres pacientes (27.3%) siguen tratamiento con Kreon. A pesar de la suplementación vitamínica y mineraloproteica supervisada por Endocrinología y Nutrición, 36.4% presentan déficits de calcio o vitamina D, 45.4% déficit de hierro y 36.4% déficit de proteínas, todos ellos de carácter leve. Dos pacientes presentan déficits leves de vitaminas liposolubles, uno (9.09%) requiere suplementación de vitamina A y otro (9.09%) de vitamina K. En todos los casos se ha resuelto la clínica de RGE.

**Conclusiones:** La conversión a procedimientos quirúrgicos con mayor componente malabsortivo es una buena opción en casos de pérdida ponderal insuficiente, permitiendo también la resolución de un posible RGE asociado. Se trata de procedimientos quirúrgicos seguros en pacientes añosos, que sin embargo no están exentos de posibles secuelas metabólicas a medio y largo plazo. Es necesaria la evaluación de estos pacientes en comités multidisciplinares, así como el planteamiento y tratamiento individualizados.

O-46

## El papel de la olfactomedina 2 en el eje tejido adiposo-hígado y su implicación en el hígado graso no alcohólico asociado a la obesidad

Fàtima Sabench Pereferrer<sup>1</sup>, Andrea Barrientos<sup>2</sup>, Laia Bertran<sup>2</sup>, Carmen Aguilar<sup>2</sup>, Margarida Vives<sup>1</sup>, Marta Paris<sup>1</sup>, Elia Bartra<sup>1</sup>, Cristóbal Richart<sup>2</sup>, Maria Teresa Auguet<sup>2</sup>, Daniel Del Castillo Déjardin<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España; <sup>2</sup>Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España.

### Resumen

La olfactomedina 2 (OLFM2) es una glicoproteína secretada relacionada con la regulación del metabolismo de los lípidos, la obesidad y la insulinoresistencia. Anteriormente, informamos que la expresión de OLFM2 aumentaba a medida que empeoraba la enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD, por sus siglas en inglés) y en presencia de inflamación portal. En este sentido, dado que fuimos pioneros en describir la asociación OLFM2-NAFLD, en el presente estudio, queremos analizar la expresión relativa del ARNm de OLFM2 en tejido adiposo para estudiar su papel y su implicación en NAFLD mediada por el eje tejido adiposo-hígado. La cohorte del estudio incluyó mujeres con peso normal (n=16) que se sometieron a varios tipos de cirugía electiva (colecistectomía, herniorrafia, ...) y mujeres con obesidad mórbida (OM, n=60) que se sometieron a una cirugía bariátrica. Durante la cirugía, se recogieron muestras de sangre, tejido adiposo subcutáneo (SAT, por sus siglas en inglés) y tejido adiposo visceral (VAT, por sus siglas en inglés) en ambos grupos. En el grupo de OM se recogía además tejido hepático, cuando se sospechó enfermedad hepática. Los pacientes con OM se subclasificaron desde el punto de vista histopatológico en hígado normal (n=20), esteatosis simple (n=21) y esteatohepatitis no alcohólica (NASH, por sus siglas en inglés, n=19). La expresión del ARNm de OLFM2 se analizó en SAT y VAT mediante RT-qPCR. Los resultados mostraron que la expresión de OLFM2 en SAT incrementó en individuos OM en relación a sujetos con peso normal y también en presencia de NAFLD. Específicamente, la expresión de OLFM2 en SAT se incrementó en grado leve y moderado de esteatosis hepática en comparación con la ausencia de ésta. Además, la expresión de OLFM2 en SAT se correlacionó negativamente con los niveles circulantes de interleucina-6. Por otro lado, la expresión de OLFM2 en VAT disminuyó en presencia de NASH y mostró una correlación positiva con los niveles de adiponectina. En conclusión, la OLFM2 en SAT parece estar implicada en la acumulación de lípidos hepáticos. Además, dado que en un estudio previo sugerimos la posible implicación de OLFM2 hepática en la progresión de NAFLD, ahora proponemos una posible interacción entre el OLFM2 expresada en SAT y la presencia de esteatosis hepática, reforzando el hecho de que un eje SAT-hígado puede estar implicado en el desarrollo de NAFLD.

O-47

## Evolución ponderal y del trastorno por consumo de alcohol tras cirugía bariátrica primaria

**Margarida Vives Espelta, Fatima Sabench, Nikolak Lobo, Maria Alejandra Garcia, Stephanie Haupt, Marta Paris Sans, Elia Bartra Balcells, Anna Trinidad Borrás, Esther Raga Carceller, Daniel Del Castillo Déjardin.**  
**Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.**

**Introducción:** La cirugía bariátrica (CB) se considera la mejor técnica para conseguir una pérdida ponderal suficiente y mantenida en el tiempo en pacientes con obesidad mórbida. En nuestra sociedad existe una normalización del consumo de alcohol en comparación con otros tóxicos. Existe en la literatura cierta controversia en el papel que ejerce la CB en el trastorno por consumo de alcohol (TCA), mientras algunos estudios apuntan a un aumento del consumo tras cirugía, otros encuentran una reducción del consumo previo; si bien los resultados difieren en función de la técnica utilizada.

**Métodos:** El objetivo de este estudio es identificar los pacientes con un consumo de alcohol previo a la CB y valorar su evolución en función de la técnica. Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos de CB durante el año 2021 en nuestro centro. Se identificaron aquellos pacientes candidatos a CB primaria que referían algún consumo de alcohol en las visitas preoperatorias. Se recogieron parámetros antropométricos preoperatorios, consumo de tabaco, uso de fármacos antidepresivos o ansiolíticos y el tipo de técnica quirúrgica. Postoperatoriamente se analizó la pérdida ponderal a los 6, 12 y 18 meses, el %EWL al año de la cirugía, el consumo de alcohol postoperatorio y las complicaciones postoperatorias.

**Resultados:** De los 177 procedimientos bariátricos primarios realizados se hallaron 37 pacientes que referían un consumo de alcohol previo a la CB (20.9%). 24 pacientes referían un consumo ocasional, 8 pacientes consumo diario y en 5 pacientes se identificó un consumo patológico. El 43,24% eran hombres y el 56,76% mujeres, todos los casos de consumo patológico eran hombres. Se realizó un bypass gástrico (BP) a 29 pacientes y una gastrectomía vertical (GV) a 8 pacientes. La prevalencia de tabaquismo era de 40.54% y el tratamiento psiquiátrico en el 24.32%. Aunque ambos grupos no son comparables, el grupo BP consiguió una mayor pérdida ponderal con un %EWL medio de 81.96%. El 96.4% de los pacientes del grupo BP consiguió un %EWL superior al 60% a los 12 meses de la cirugía. En el grupo GV, aunque el IMC preoperatorio era significativamente mayor, el %EWL medio al año de la CB fue de 55.36% y sólo el 25% consiguió un %EWL superior al 60%. Los pacientes no refirieron consumo posterior de alcohol durante los 18 meses de seguimiento salvo en 3 casos, 2 en el grupo BP y 1 en el grupo GV. Se compararon los resultados con los pacientes intervenidos de CB primaria en 2020 que presentaban consumo preoperatorio (37 de un total de 171 CB primaria) sin hallarse mayor consumo posterior en los que presentaban un postoperatorio más prolongado.

**Conclusiones:** Existen varios factores que se asocian al TCA en los pacientes candidatos a CB como el sexo masculino y el tabaquismo. A partir de los 2 años postoperatorios puede incrementar el riesgo de recaída por lo que es indispensable implementar un control del TCA más exhaustivo en todo paciente intervenido de CB y sobre todo en aquellos pacientes en los que se ha diagnosticado previamente.

O-48

## Implantación de un sistema de gestión de calidad iso 9001 en una unidad de cirugía bariátrica

Rodolfo Rodríguez Carrillo<sup>1</sup>, Vanessa Nolasco Guirao<sup>2</sup>, Andrés Frangi Caregnato<sup>1</sup>, Isabel Fernández Palop<sup>1</sup>, Iulia Scorojanu<sup>1</sup>, Victoria Simón García<sup>1</sup>, Marise Cencerrado Conejos<sup>1</sup>, Silvia Terol<sup>1</sup>, Nuria Genovés<sup>1</sup>, Raquel Gimenez<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto, España; <sup>2</sup>Gestionasalud asesores, Elche, España.

**Introducción y objetivos:** La cirugía bariátrica implica el manejo de pacientes complejos con comorbilidades asociadas en los que el abordaje multidisciplinar y la creación de protocolos y vías clínicas resulta indispensable. Los sistemas de acreditación nacionales auspiciados por la SECO se basan en aspectos concretos de la formación del profesional en relación a los procedimientos de cirugía bariátrica y a las cuestiones clínicas relacionadas con la obesidad mórbida y sus complicaciones.

Nuestros sistemas de gestión de calidad ISO 9001 van más allá de los aspectos formativos y clínicos y permiten el desarrollo de un sistema que aumenta la capacidad de ofrecer de modo sistemático una atención que cubra las necesidades del paciente, la de los profesionales implicados, las de otras partes interesadas y el cumplimiento de los requisitos institucionales.

En esta comunicación se intenta describir y detallar cuáles han sido los procesos necesarios para implementar un sistema de gestión ISO 9001 en la unidad de cirugía bariátrica de nuestro hospital.

**Material y métodos:** El desarrollo del sistema de gestión debe generarse atendiendo a los siguientes aspectos:

1. Desarrollo de procesos estratégicos:

Análisis del contexto y partes interesadas

Definición de objetivos y planes de acción

Creación de la comisión de calidad

Gestión de la información documentada

Gestión de riesgos y oportunidades

Gestión de no conformidades, incidencias y acciones de mejora

Comunicación interna y externa

Satisfacción del paciente y de los profesionales

Gestión de competencias y formación de los profesionales

Seguimiento y análisis de indicadores. Actas de revisión por la dirección.

2. Desarrollo del mapa de procesos e identificación de los procesos clave: que se basa en la formalización de procedimientos estandarizados de cada uno de los procesos. Permiten la protocolización, sistematización y normalización de toda la actividad asistencial.

3. Desarrollo de procesos soporte: Que permiten la gestión de aspectos tan importantes como la adquisición, manejo y mantenimiento de equipos, instrumental etc.

4. Ejecución de auditoría interna y auditoría externa por entidad certificada.

**Resultados y conclusiones:** La implantación de un sistema de gestión de calidad ISO 9001 en nuestra unidad de cirugía bariátrica ha permitido normalizar y estandarizar toda nuestra actividad asistencial y crear un sistema de gestión que permite la creación, desarrollo y cumplimentación de una serie de objetivos estratégicos y la evaluación continua de nuestros resultados con la posibilidad de generar acciones de mejora basados en indicadores, incidencias, detección de riesgos o nuevos objetivos.

0-49

## Propensity score Matching: Cruce duodenal de una anastomosis en uno o dos tiempos

**Claudio Lazzara, Lucia Sobrino, Carlota Tuero, Javier Osorio.**  
**Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España.**

**Introducción:** El cruce duodenal de una anastomosis (SADI-S) es una técnica bariátrica con buenos resultados en pérdida ponderal y resolución de comorbilidades. Sin embargo, en pacientes con alto grado de obesidad, se puede plantear la realización primero de una gastrectomía vertical y una vez conseguido un cierto grado de pérdida ponderal, realizar en un segundo tiempo la anastomosis duodeno-ileal.

El objetivo del estudio fue comparar la efectividad y seguridad de la técnica según la realización, directa o en dos tiempos del SADI-S.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva con 299 pacientes intervenidos en un primer tiempo (1T) de SADI-S con 40 pacientes intervenidos en un segundo tiempo (2T). Para poder trabajar con dos grupos comparables, realizamos un emparejamiento en función del propensity score con la intención de disminuir las diferencias entre ambos grupos. Se realizó un emparejamiento 3:1, de manera que se emparejaron 108 pacientes con intervención en 1T con 36 pacientes con intervención en 2T.

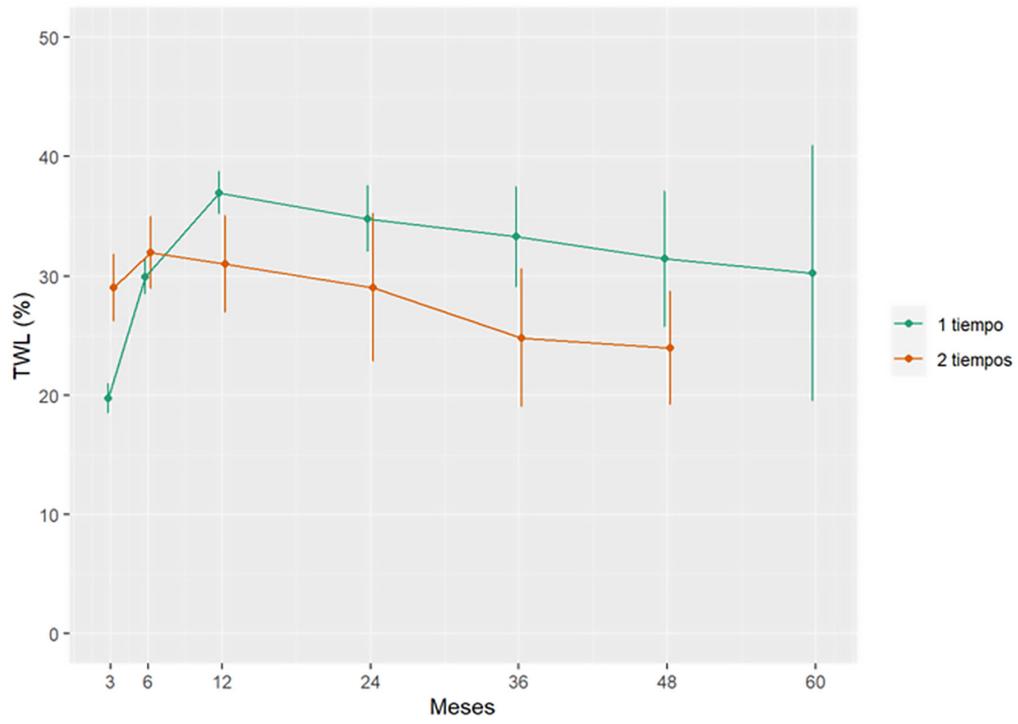
**Resultados:** En el análisis descriptivo basal vemos que los pacientes operados en 2T son de media más jóvenes (42,6 años vs 51 años), con mayor IMC máximo (media 55,7kg vs 50kg) y con mayor proporción de SAHS con respecto a los pacientes intervenidos en 1T.

Tras realizar el emparejamiento se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en total weight loss (TWL). A un año, el TWL de los pacientes 1T es de 37% y el de los 2T de 30% ( $p < 0,001$ ). A los 4 años se sigue objetivando diferencia entre ambos grupos con un TWL de 31% en los pacientes intervenidos en 1T versus 24.8% en los pacientes en 2T (grafico 1). De igual forma, la diferencia ponderal entre ambos grupos es significativa, al año, los pacientes intervenidos en 1T habrán perdido 45kg con respecto al peso basal preoperatorio, y los pacientes en 2T 30kg ( $p < 0,001$ ).

En cuanto a la morbilidad acumulada, los resultados son comparables. La tasa de complicación global fue de 8,33% en cada grupo y la de complicaciones severas (Clavien Dindo >IIIa) de 6,4% en los pacientes en 1T versus 5,6% de los pacientes en 2T. No hubo ningún caso de mortalidad.

### Conclusión

En pacientes con alto grado de obesidad, el SADI-S realizado directamente en 1T tiene mejores resultados a largo plazo en pérdida ponderal sin asociar una mayor morbilidad.



0-50

## Propensity score del cruce duodenal en 1 tiempo versus 2 tiempos

**Lucia Sobrino Roncero, Claudio Lazzara, David Merino De Villasante, Carlota Tuero Ojanguren, Javier Osorio Aguilar.**  
**Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España.**

El cruce duodenal (DS) es una buena propuesta de tratamiento quirúrgico para pacientes con obesidad grado IV, sobre todo IMC >55Kg/M2. Se trata de una técnica efectiva en cuanto a pérdida ponderal y resolución de comorbilidades. Sin embargo, es una cirugía compleja y no exenta de complicaciones. Además, estos pacientes tienen alto riesgo anestésico y elevado IMC, lo que puede aumentar las posibilidades de complicaciones a corto plazo. Por ello, muchos cirujanos se plantean realizarla en dos tiempos. Primero la gastrectomía vertical y tras una pérdida ponderal suficiente, el tiempo intestinal. No hay estudios que demuestren qué es lo mejor en cuanto a pérdida de ponderal y en cuanto a complicaciones a corto plazo. El objetivo del estudio es comparar la efectividad y seguridad de la técnica según la variación de la realización, en un tiempo o en dos.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo, con base de datos prospectiva, unicéntrico con 377 pacientes sometidos a DS. Se incluyen un 300 se han realizado en un tiempo y 77 en dos tiempos. Para poder trabajar con dos grupos que sean comparables, se realiza un emparejamiento en función del propensity score con la intención de disminuir las diferencias entre los pacientes operados en 1 tiempo y los pacientes operados en 2 tiempos.

**Resultados:** Se incluyen 300 pacientes, tras el emparejamiento 3:1, 180 intervenidos en un tiempo y 60 en 2 tiempos, con IMC inicial máximo 51.7 (5,67%) vs 56.3 (8,04%) respectivamente, todas las intervenciones fueron laparoscópicas. En el análisis descriptivo basal vemos que los pacientes operados en 2 tiempos tienen IMC más elevados y son más jóvenes. Se realizó seguimiento a 9 años. El análisis del total weight loss (TWL) a 1 año, en 1 tiempo 35,7% vs 2 tiempos 36,6% ( $p<0.001$ ), al 5 año 30,9% vs 33,6% ( $p<0.001$ ) a los 9 años 32,5% y 34,8% ( $p<0.001$ ) respectivamente. En cuanto pérdida de peso al año, en 1 tiempo 44,7kg respecto al basal. Vs 2 tiempos 38,1 kg ( $p<0.001$ ). La morbilidad acumulada los resultados son comparables. La tasa de complicación total en 1 tiempo, 23,3% vs 2 tiempos 30%. En cuanto a reintervenciones, 6,67% vs 15% respectivamente, no hay diferencias significativas. Hubo una mortalidad en la serie.

**Conclusiones:** El cruce duodenal tiene buenos resultados de pérdida ponderal, similares en ambos grupos. Vemos mayor pérdida en dos tiempos, debido que partimos de IMC más elevados. En cuanto a morbilidad acumulada, teniendo en cuenta que es una serie histórica, observamos tasas de reintervención mayores en dos tiempos ya que el paciente se somete a dos cirugías y por tanto aumenta el riesgo postoperatorio.

O-51

## BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX ASOCIADO A GASTRECTOMÍA DEL REMANENTE GÁSTRICO EN EL MISMO ACTO QUIRÚRGICO, REVISIÓN DE RESULTADOS

Carmen Rodríguez Haro<sup>1</sup>, Clara Pañella Vilamú<sup>2</sup>, Mariana García Virosta<sup>1</sup>, María Hernández O'reilly<sup>1</sup>, Inmaculada Mellado Sánchez<sup>1</sup>, Fátima Sánchez-Cabezudo Noguera<sup>1</sup>, Esther Ferrero Celemín<sup>1</sup>, Daniel Sánchez López<sup>1</sup>, José María Gil López<sup>1</sup>, Antonio Picardo Nieto<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes, España; <sup>2</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España.

**Introducción:** La obesidad es factor de riesgo para distintos tipos de cáncer, entre ellos el gástrico. En la carcinogénesis del adenocarcinoma gástrico, la metaplasia intestinal precede a la displasia que evoluciona a adenocarcinoma. La infección por *H. pylori*, el reflujo biliar o la gastritis crónica atrófica son factores que podrían favorecer el cambio a metaplasia intestinal.

Tras un bypass gástrico en Y de Roux (BGYR), el remanente gástrico no puede ser revisado mediante técnicas endoscópicas convencionales, suponiendo un problema en pacientes con riesgo de cáncer gástrico. En estos casos, realizar una gastrectomía total del remanente asociada al BGYR en el mismo acto quirúrgico podría ser una buena opción terapéutica. En este estudio se analizan los casos intervenidos en nuestro centro y sus resultados.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional que incluye a todos los pacientes intervenidos de BGYR y gastrectomía total del remanente gástrico en el que en el mismo acto quirúrgico desde 2012 a 2022.

**Resultados:** Del total de 15 pacientes (80% mujeres, media de 52 años), el 20% eran diabéticos, 53,33% hipertensos, 75% presentaban síndrome de apnea-hipoapnea del sueño, 26,67% dislipemia y 40% reflujo gastroesofágico. 8 pacientes fueron sometidos a BGYR con gastrectomía del remanente. 7 fueron una conversión de gastrectomía vertical (GV) a BGYR con resección del tubular gástrico remanente.

Los hallazgos que motivaron la resección del remanente en el grupo del BGYR primario fueron: metaplasia intestinal (6), múltiples pólipos gástricos (2). En el grupo de conversión de GV a BGYR las causas para realizar la gastrectomía del tubular fueron: metaplasia intestinal (1), adenoma con displasia de bajo grado (1), gastropatía por reflujo biliar (1); el resto por fallo en la confección del tubular.

La mediana de tiempo quirúrgico fue de 150'. No hubo complicaciones intraoperatorias. Hubo una reintervención por hemoperitoneo. La estancia hospitalaria fue de 2 días de mediana. No hubo mortalidad.

La anatomía patológica de la pieza quirúrgica fue: gastritis crónica (8), metaplasia intestinal (5) pólipos hiperplásicos sin displasia (3), gastritis crónica atrófica (3) y tumor neuroendocrino antral (1).

El grupo de BGYR primario partía de un IMC de 39,8 de mediana que al año era de 27,3, logrando un exceso de peso perdido del 89,66% al año. El grupo de conversión de GV a BGYR ya partía de un IMC de 28,71, la causa de conversión fue reflujo o vómitos.

**Conclusiones:** La principal causa para indicar gastrectomía del remanente fue la metaplasia intestinal, confirmada en la pieza quirúrgica en todos los casos menos uno. Los pólipos fueron la segunda razón más frecuente, uno con histología de tumor neuroendocrino, el resto hiperplásicos. La evolución ponderal fue satisfactoria al año en el grupo de BGYR primario, aún faltan datos para conocer la evolución a largo plazo. En el grupo de conversión de GV a BGYR que partían de un IMC < 30, asociar la gastrectomía al BGYR no supuso una mayor pérdida de peso.

Consideramos que la resección del remanente gástrico durante el BGYR es factible, segura y clave en pacientes con riesgo de cáncer gástrico.

O-52

## Implementación de un programa de terapia psicológica cognitivo-conductual como parte de la prehabilitación de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica

**Jorge Febré Sánchez, Clara Uribarrena Taberner, Christian Esteo Verdú, Cristina Sancho Moya, Raul Cánovas De Lucas, Ester González González, Alejandro Román Massé, Elvira García Trilles, Ana Fortea Portolés, Natalia Uribe Quintana. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.**

**Introducción:** La prehabilitación forma parte del abordaje integral de los pacientes candidatos a cirugía mayor al disminuir las complicaciones y mejorar los resultados. Numerosos estudios han demostrado una alta prevalencia de comorbilidades psicológicas en pacientes con obesidad mórbida y su correlación con sus hábitos de alimentación. El tratamiento de estos aspectos puede ser una herramienta más en la optimización de estos pacientes previa a la cirugía.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la aplicación de un programa de terapia cognitivo-conductual para la mejora de la sintomatología ansioso-depresiva asociada a la ingesta alimentaria, la autoestima, la calidad de vida y la evolución de su proceso quirúrgico en los pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo randomizado sobre una muestra de pacientes diagnosticados de obesidad mórbida incluidos en la lista de espera de cirugía bariátrica entre junio y diciembre de 2022 de un mismo centro. Previo al inicio del programa, se realizó una entrevista clínica individualizada recogiendo comorbilidades y valores antropométricos, junto a la aplicación de varios instrumentos de evaluación psicológica. Se emplearon los siguientes cuestionarios: la adaptación española por Sanz et al. (2005) del Beck Depression Inventory (BDI-II); la adaptación española de Magán et al. (2008) del Beck Anxiety Inventory (BAI); el Cuestionario de Comedor-Emocional (CCE) de Garaulet et. al., (2012); la adaptación española de Morejón et al. (2004) de la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) y la versión española del World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). Se aplicó un programa de tratamiento cognitivo-conductual con una duración de 6 sesiones cada una de 90 minutos, de carácter semanal. Posteriormente, se reevaluó a los pacientes con los mismos instrumentos de medida. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación con Medicamentos del Hospital Arnau de Vilanova – Lliria dentro del marco de un estudio experimental de carácter longitudinal.

**Resultados:** Hasta la fecha, la muestra comprende 25 pacientes candidatos a cirugía bariátrica con un grupo experimental de 14 pacientes y un grupo control de 11. Ambos grupos son homogéneos en lo que respecta a datos antropométricos, comorbilidades y la puntuación en las escalas psicológicas. Se realizará un análisis descriptivo e inferencial de todas las variables recogidas entre ambos grupos.

**Conclusión:** Se espera que la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual demuestre ser una herramienta útil en la prehabilitación de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, mejorando la calidad de vida percibida, la autoestima y la evolución ponderal; y así, se pueda reconocer la terapia psicológica como parte de la terapia multimodal.

O-53

## Lesiones hepáticas atípicas diagnosticadas a partir de la cirugía bariátrica, un espectro histológico en aumento

Lucía Lavín Montoro, Alberto García Picazo, Clara Fernández Fernández, Mercedes Bernaldo De Quirós Fernández, Blanca Otero Torrón, Pilar Gómez Rodríguez, Cristina Alegre Torrado, Elías Rodríguez Cuellar, Felipe De La Cruz Vigo, Eduardo Ferrero Herrero.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

**Objetivos:** La realización de biopsia hepática de forma sistemática durante la cirugía bariátrica clásicamente nos ha permitido diagnosticar y estadificar el grado de lesión histológica hepática, principalmente enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA). No obstante, esta biopsia puede ser también útil en el diagnóstico incidental precoz de enfermedades hepáticas o sistémicas atípicas. Nuestro objetivo es recalcar la importancia de la biopsia hepática en pacientes sometidos a cirugía bariátrica para este último fin.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con obesidad mórbida intervenidos de cirugía bariátrica entre 2019-2021 en los que se realizó biopsia hepática intraoperatota. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, metabólicas, analíticas e histológicas. Se incluyeron aquellos pacientes en los que sus anatomías patológicas mostraban datos anatomopatológicos poco frecuentes con posibilidad de desarrollo de enfermedades hepáticas o sistémicas atípicas (cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria, déficit de alfa-1-antitripsina, hepatitis autoinmune, fibroquistososis hepática, granulomatosis sistémicas u otras enfermedades virales, autoinmunes o neoplásicas benignas). Se realizó un seguimiento de dos años tras la realización de la biopsia.

**Resultados:** Se recogieron 176 pacientes sometidos a cirugía bariátrica, realizándose biopsia hepática. En 21 pacientes se hallaron anomalías distintas a esteatosis o fibrosis hepática (12%). El 57% eran mujeres, la mediana de edad fue de 51 años y el IMC 45,8. El Bypass gástrico en Y de Roux fue la técnica más empleada (67%), la gastrectomía vertical la segunda (33%). La presencia de siderosis fue documentada en 10 pacientes, siendo en la mitad de ellos moderada-intensa y por tanto debiendo descartar hemocromatosis. Analíticamente 6 de estos pacientes presentaban alteraciones del metabolismo férrico llegándose a realizar en dos, estudio genético. Se consiguió el diagnóstico precoz de una hemocromatosis, con tratamiento actual con flebotomías. En 1 paciente se detectaron glóbulos PAS positivos periportales obligando a descartar déficit de alfa-1 antitripsina. En 1 paciente se encontraron infiltrados portales linfoplasmocitarios, siendo diagnosticado de hepatitis autoinmune y cirrosis biliar primaria, actualmente en tratamiento con ácido ursodeoxicólico. En 1 paciente se encontraron granulomas epiteliodes no necrotizantes, que obligó a descartar enfermedades sistémicas granulomatosas como la sarcoidosis y la tuberculosis. En 3 casos se encontraron complejos Von Mayenburg, descartándose su asociación a enfermedad poliúística hepática. En 2 pacientes se diagnosticaron neoplasias hepáticas benignas, hiperplasia nodular focal y adenoma de glándulas biliares. En 2 pacientes se descartaron causas víricas y autoinmunes de hepatitis portal y en otro se detectó abscesificación crónica con intensa reacción a cuerpo extraño sin requerir mayor seguimiento posterior.

**Conclusiones:** Los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica presentan un amplio espectro de lesiones hepáticas atípicas, requiriendo la mayor parte de los casos un tratamiento médico. Por ello, recalcamos el papel de la biopsia hepática como marcador precoz del diagnóstico de todas estas patologías.

O-54

## Complicación anastomótica de la cara posterior del Bypass Gástrico de Una sola Anastomosis (OAGB), diferentes formas de presentación. Casos clínicos ilustrados

**Marta Paris Sans, Anna Trinidad Borrás, María Alejandra García, Stephanie Haupt, Nikolak Lobo, Esther Raga Carceller, Elia Bartra Balcells, Fatima Sabench Pereferrer, Margarida Vives Espelta, Daniel Del Castillo Déjardin.**  
**Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.**

**Introducción:** El Bypass Gástrico de Una Sola Anastomosis (OAGB) es actualmente la tercera cirugía bariátrica más practicada a nivel mundial tras la Gastrectomía Vertical (SG) y el Bypass Gastroyeyunal en Y de Roux (RYGB), tan a nivel de cirugía primaria como en la cirugía de conversión. Su mayor ventaja respecto al RYGB es básicamente la no necesidad de realizar el pie de asa, lo que reduce el tiempo operatorio, y al tratar solamente una anastomosis también reduce el riesgo de dehiscencia y de hernias internas. Sin embargo, el OAGB no está exento de complicaciones. La dehiscencia de sutura es la complicación más frecuente de esta intervención (0,1%-1,9%) y puede presentarse de forma aguda, subaguda o crónica desarrollando otras complicaciones a largo plazo como la úlcera de boca anastomótica o la fístula gastro-gástrica.

**Casos clínicos:** Se presentan 2 casos clínicos como complicación de la cara posterior de la anastomosis en el OAGB que se manifiestan en diferentes momentos del posoperatorio y con diferente forma de presentación.

El primer caso es una paciente mujer de 47 años intervenida hace 15 años de OAGB en otro centro que acude por reganancia ponderal, mala tolerancia oral y dolor abdominal pospandrial, evidenciándose en el estudio complementario la presencia de fístula gastro-gástrica a nivel de la cara posterior de la anastomosis gastrointestinal. Se practica cirugía programada de conversión a RYGB con exéresis del remanente gástrico incluyendo la zona fistulosa para posterior estudio anatomopatológico.

El segundo caso es una paciente mujer de 38 años intervenida hace 2 meses en otro país que acude por dolor abdominal súbito con clínica de peritonitis aguda, con sospecha radiológica de perforación en cara posterior gástrica con pneumoperitoneo y líquido libre, por lo que se indica cirugía urgente por vía laparoscópica. Los hallazgos intraoperatorios confirman peritonitis difusa con perforación de 2cm en cara posterior de la anastomosis sin aparente úlcera subyacente, se practica biopsia y se procede a la sutura simple del defecto con omentoplastia, lavados y drenajes.

**Conclusiones:** La cirugía bariátrica está cada vez más extendida a nivel mundial, aumentando de forma exponencial la necesidad de cirugía revisional y de cirugía de urgencias en pacientes bariátricos. Es fundamental que los equipos quirúrgicos de los centros hospitalarios de referencia estén formados y tengan conocimiento de las diferentes técnicas quirúrgicas que se realizan en otros centros con el fin de poder tratar de forma adecuada estos casos y, siempre que sea posible, mediante cirugía mínimamente invasiva.

0-55

## Resultados de la cirugía bariátrica robótica durante la curva de aprendizaje

**M<sup>a</sup> De Los Angeles Mayo Ossorio, Ander Angelo Bengoechea Trujillo, Jose Manuel Pacheco Garcia.**

**Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.**

**Objetivo:** Existe evidencia que el abordaje mínimamente invasivo de la cirugía bariátrica reduce la morbilidad y la estancia hospitalaria. Actualmente se está imponiendo el empleo del abordaje robótico en la cirugía bariátrica. La curva de aprendizaje de este nuevo abordaje, recomienda la realización de 20 procedimientos robóticos. En el presente trabajo analizamos nuestra experiencia y los resultados de la cirugía bariátrica mínimamente invasiva mediante plataforma robótica Davinci XI.

**Material y método:** Desde 1 Junio de 2022 a 22 Febrero de 2023 hemos intervenidos a 42 pacientes de cirugía bariátrica primaria y 5 cirugías conversión de gastrectomía vertical (GV) a bypass (BPG). Desde esa fecha la unidad de cirugía bariátrica dispone de una sesión cada 15 días para realizar intervenciones mediante la plataforma Davinci XI.

Analizamos el nº de pacientes intervenidos, analizando el tiempo quirúrgico y la estancia media y las complicaciones comparando las cirugías robóticas realizadas con las cirugías laparoscópicas.

**Resultados:** Desde el 1 de junio hemos intervenidos 42 pacientes de cirugía bariátrica primaria, de los cuales 24 han sido intervenidos por abordaje robótico (13 BPG y 11GV) y 18 por abordaje laparoscópico (6BPG y 12 GV).

Se han realizado 5 cirugías revisionales, 4 por ERGE de novo y 1 retirada de banda gástrica. 3 se han intervenido por abordaje robótico (2 conversiones a bypass y 1 retirada de banda gástrica).

Se han intervenido 7 hombres y 40 mujeres, con edad media: 47 (Mínima 20-máxima 69) e IMC medio de 33,31 (min 21- max 45).

Tiempo total de cirugía (incluyendo preparación y Doking) :

BPG laparoscópico medio 90 min (min 60- Maximo 95)

GV laparoscópica media 40 min (min 35min- Maximo 60)

BPG robótico media 120min (min 100 maximo 190)

GV robótica media 75 (min 55 max 90 min)

Conversion GV a BPG Laparoscópico 120 min

Conversion GV a BOG robótico 180 min

Complicaciones postoperatorias. 1 HDA en bypass gástrico laparoscópico que se autolimitó 1 hemoperitoneo tras cirugía revisional de GV a BPG robótico que precisó reintervención,

Estancia media postoperatoria: de los procedimientos primarios fue de 48 horas (mínimo 36 horas máximo 72) y en la cirugía revisional fue de 4,7 días (mínimo 2, máximo 7).

**Discusión:** Existe cierta reticencia a la implementación del abordaje robótico por el incremento del tiempo quirúrgico sobre todo en la curva de aprendizaje. En nuestra experiencia este tiempo cada vez es menor y las complicaciones quirúrgicas, así como la estancia media son similares al abordaje laparoscópico, por lo que pensamos que esta vía de abordaje es segura y equiparable al abordaje laparoscópico.

O-56

## Ensayo basalto: estudio aleatorizado sobre el efecto de bypass gástrico versus la gastrectomía vertical sobre el colesterol ldl elevado en pacientes con obesidad grave

David Benaiges Boix<sup>1</sup>, Albert Goday Arnó<sup>1</sup>, Anna Casajoana<sup>1</sup>, Miguel Olano<sup>1</sup>, Carme Serra<sup>1</sup>, Gemma Llauradó<sup>1</sup>, Oscar Pozo<sup>2</sup>, Olga Castaner<sup>2</sup>, Montserrat Fitó<sup>2</sup>, Juan Pedro-Botet<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital del Mar, Barcelona, España; <sup>2</sup>Institut hospital del Mar d'Investigacions mèdiques, Barcelona, España.

**Introducción y objetivos:** Existen escasos ensayos clínicos aleatorizados en el campo de la cirugía bariátrica y ninguno se ha centrado en el perfil lipídico, a pesar de ser un factor de riesgo cardiovascular muy frecuente en pacientes con obesidad. Además, es necesario determinar si unos niveles elevados de colesterol LDL antes de la intervención pueden ser considerados un factor adicional en la elección entre las dos técnicas más realizadas en todo el mundo: el bypass gástrico en Y de Roux (RYGB) y la gastrectomía vertical (GV). El objetivo fue comparar la tasa de remisión del colesterol LDL elevado un año tras un RYGB o una GV en pacientes con obesidad grave.

**Metodología:** Ensayo clínico aleatorizado, unicéntrico y con 12 meses de seguimiento. Se incluyeron pacientes entre 18 y 60 años con Índice de masa corporal  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$  o  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$  con comorbilidades asociadas y un colesterol LDL elevado (LDL  $>130 \text{ mg/dl}$  o tratamiento con estatinas). Se excluyeron pacientes con indicación de una de las dos técnicas por encima de la otra, IMC  $>60 \text{ kg/m}^2$ , cirugía bariátrica previa, antecedente de LDL  $>190 \text{ mg/dl}$ , hipercolesterolemias familiares o pacientes en prevención cardiovascular secundaria. Los pacientes fueron evaluados preoperatoriamente y a los 3, 6 y 12 meses tras la intervención. Antes de la aleatorización se retiró el tratamiento con estatinas a aquellos pacientes con un riesgo cardiovascular estimado a 10 años  $<10\%$  usando las tablas REGICOR. Se definió remisión de colesterol LDL como un LDL  $<130 \text{ mg/dl}$  sin necesidad de tratamiento con fármacos hipolipemiantes. El estudio fue registrado en ClinicalTrials (NCT03975478).

**Resultados:** 32 de los 36 sujetos (88,9%) aleatorizados completaron el seguimiento (15 RYGB y 17 GV). Un 86,1% eran mujeres con edad media de  $51,0 \pm 7,9$  años, IMC de  $43,2 \pm 3,8 \text{ kg/m}^2$ . Un 30,8% presentaban diabetes tipo 2, 55,6% hipertensión arterial y 61,1% hipertrigliceridemia. Antes de la intervención se retiró el tratamiento con estatinas a 9 de 10 pacientes. La remisión del colesterol LDL elevado a los 12 meses de la intervención fue superior en el RYGB BG (12 de 15 pacientes, 80,0%) que para la GV (5 de 17 pacientes, 29,4%,  $p=0,005$ ). La concentración de colesterol LDL descendió un  $32,2 \pm 27,3 \%$  tras RYGB y un  $1,3 \pm 32,5\%$  tras GV ( $p=0,006$ ). Las diferencias en la remisión del colesterol LDL ya fueron evidentes a los 3 meses de la cirugía (85,7% RYGB vs 23,5% GV,  $p=0,001$ ). A los 12 meses no se detectaron diferencias entre las técnicas de RYGB y GV en la pérdida de peso total ( $33,6 \pm 10,7 \text{ kg}$  vs  $30,5 \pm 9,4 \text{ kg}$ ,  $p=0,395$ ), ni en la remisión de la diabetes (50,0% vs 50,0%,  $p=0,738$ ), la hipertensión (62,5% vs 60,0%,  $p=0,648$ ) y la hipertrigliceridemia (75,0% vs 91,7%,  $p=0,344$ ), respectivamente.

**Conclusión:** El bypass gástrico es superior la gastrectomía vertical en la remisión del colesterol LDL elevado. La presencia de un colesterol LDL elevado debería ser uno de los factores a considerar en la elección de la técnica quirúrgica.

0-57

## Efectos de manga gástrica laparoscópica sobre incontinencia urinaria en mujeres con obesidad

**Julian Arenas, Martha Florez Robayo, Karl Torres Cortés, Jenifer Carreño, Rafael Olarte Ardila, Deivys López, José Mora Morantes, Rosa Gómez, Hender Hernández.**

**Hospital Universitario Erasmo Meoz, Norte de Santander, Colombia.**

**Objetivos:** El sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de incontinencia urinaria. Los tipos más comunes de incontinencia asociadas a índices de masa corporal elevados son la de esfuerzo y la de urgencia. La manga gástrica al tener como objetivo la reducción del peso corporal podría impactar en la reducción de la sintomatología urinaria del tracto inferior.

El objetivo de nuestro trabajo es examinar los efectos de la manga gástrica en la disminución de incontinencia urinaria mediante cuestionario ICIQ-SF, en pacientes femeninas del programa de cirugía bariátrica en centro de Referencia.

**Material y métodos:** Estudio de mejoramiento de la calidad que incluyó mujeres mayores de 18 años, que consultaron de manera consecutiva, con criterios de elegibilidad y en quienes se realizó manga gástrica por técnica laparoscópica del Programa de Obesidad en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Colombia (2016-2022). Se excluyeron pacientes con antecedentes de tratamiento quirúrgico o farmacológico para incontinencia urinaria. Los cambios en el peso se analizaron mediante el porcentaje de sobrepeso perdido. El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional.

**Resultados:** Se seleccionaron 51 mujeres, con una mediana de edad de 39 años (RIQ 34 - 47), una mediana de IMC preoperatoria de 44 (RIQ 42 - 50) y mediana de peso prequirúrgico de 111 kg (RIQ 103 - 122). Todos fueron llevados a manga gástrica por cirugía mínimamente invasiva. 12 (24%) pacientes presentaban síntomas de incontinencia urinaria en la valoración preoperatoria, 23 (45%) tenían como antecedente al menos un embarazo previo; 9 (18%) de ellas tuvieron tres o más gestaciones. Ninguno de las integrantes del estudio había tenido tratamiento farmacológico o quirúrgico para los síntomas de incontinencia previa a la cirugía bariátrica. 43 (84%) pacientes presentaban al menos una comorbilidad asociada a la Obesidad; dentro de las más relevantes se encontraron Artropatía (21, 41%), Hipertensión arterial (21, 41%), síndrome de apnea obstructiva del sueño (18, 35%). Posterior a la manga gástrica se encontró una mediana de porcentaje de sobrepeso perdido de 53%. Para el seguimiento de los síntomas urinarios por incontinencia, se aplicó la consulta internacional ICQ-SF (realizada en promedio a los 23 meses del postoperatorio), la cual reportó ausencia de síntomas de incontinencia en 48 pacientes (94%) o una reducción de la sintomatología en el 75% (9) de las pacientes.

**Conclusiones:** El tratamiento de la obesidad debería incluir dentro del equipo multidisciplinario valoración por urología en la búsqueda de incontinencia urinaria y se debería valorar el efecto benéfico de la manga gástrica en mujeres obesas. En nuestro estudio hubo una reducción de la sintomatología de incontinencia urinaria en el postoperatorio tardío de manga gástrica.

O-58

## Efectividad y seguridad del drenaje interno de fallos de sutura tras cirugía bariátrica. Experiencia de un centro terciario en el medio oriente

Gabriel Diaz Del Gobbo<sup>1</sup>, Juan S Barajas-Gamboa<sup>1</sup>, Almudena Abril Herrero<sup>1</sup>, Juan Pablo Pantoja<sup>1</sup>, Mohammed Abdallah<sup>1</sup>, Daniel Guerrón<sup>1</sup>, Ricard Corcelles<sup>2</sup>, Matthew Kroh<sup>2</sup>, John Rodríguez<sup>1</sup>, Carlos Abril Vega<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Cleveland Clinic Abu Dhabi, Cleveland Clinic Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos; <sup>2</sup>Cleveland Clinic Ohio, Cleveland Clinic Ohio, Estados Unidos.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad y seguridad del empleo de stents biliares (SB) para el drenaje interno de fallos de sutura (FS) tras cirugía bariátrica en nuestro centro.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de todos los casos de cirugía bariátrica con FS que recibieron tratamiento con SB. Se incluyen datos demográficos, tipo de cirugía, tiempo de evolución del FS al momento del tratamiento, efectividad y morbilidad asociada al uso de SB.

**Resultados:** Desde Enero del 2017 hasta Diciembre del 2022 se identificaron 18 pacientes. 50% hombres y 50% mujeres con 34±10 años e IMC de 33.9 ± 7.3 kg/m<sup>2</sup>. Procedimientos: 11 (61%) gastrectomías tubulares, tres (16.6%) bypass gástricos de revisión, dos (11.1%) bypass gástrico primario, un bypass gástrico de anastomosis única y una plicatura gástrica. Los FS tenían una mediana de 50 (21.7 - 141) días de evolución cuando se implantaron los SB. Siete (38%) pacientes se reintervinieron antes de implantar SB. En ocho pacientes (44.4%) se realizó algún tratamiento endoscópico previo la colocación del SB. De ellos: 6 (33.3%) se utilizaron stent metálicos parcialmente recubiertos (SMPP), en un paciente se colocó un clip Ovesco y en otro un clip Ovesco combinado con SMPP. Ocho (44.4%) pacientes requirieron dos SB simultáneos para drenar la fuga en la primera endoscopia y en dos (11.1%) se colocaron SMPP de forma concomitante. El 77 % de los pacientes (14) inicio dieta oral en las siguientes 48 horas a la colocación del SB. Se utilizó sonda de alimentación en dos (11.1%) pacientes y nutrición parenteral (NPT) en 11 (61.1%). Ningún paciente requirió NPT a domicilio. Ningún caso necesitó reintervención urgente para el control de sepsis, ni de ingreso a unidad de cuidados intensivos tras implantar el SB. La estancia hospitalaria post SB fue de una mediana de 4.5 (3-13) días. Diez (55.5%) casos no requirieron recambio de SB, cinco (27.2%) requirieron un recambio, dos (11.1%) requirieron dos recambios y un paciente (5.5%) cinco recambios. El tiempo de uso de SB hasta la resolución del FS fue de una mediana de 90 (44 - 95) días. En 13 casos (72.2%) se alcanzó la resolución del FS con SB como intervención única. Cuatro (22.2%) pacientes requirieron revisión quirúrgica y uno (5.5%) de septotomía endoscópica. Evidenciamos 4 migraciones de SB y 0% de mortalidad.

**Conclusiones:** Los SB constituyen una herramienta útil para el tratamiento de los FS tras cirugía bariátrica. Presentan una tasa de efectividad correcta como intervención única para el tratamiento de FS y una morbilidad aceptable. Estudios con seguimiento más largo y con mayor número de pacientes son sugeridos para validar esos datos.

0-59

## Conversión a byapass gástrico en y de roux tras gastrectomía vertical, revisión de serie de casos

Carmen Rodríguez Haro<sup>1</sup>, Clara Pañella Vilamú<sup>2</sup>, María Hernández O'reilly<sup>1</sup>, Inmaculada Mellado Sánchez<sup>1</sup>, Juan Gajda Escudero<sup>1</sup>, Esther Ferrero Celemin<sup>1</sup>, Fátima Sánchez-Cabezudo Noguera<sup>1</sup>, José María Gil López<sup>1</sup>, Daniel Sánchez López<sup>1</sup>, Antonio Picardo Nieto<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes, España; <sup>2</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España.

**Introducción:** La cirugía de revisión cada vez ocupa un mayor porcentaje en los procedimientos de cirugía bariátrica, siendo lo más frecuente la conversión de gastrectomía vertical (GV) a Bypass gástrico en Y de Roux (BGYR). En este estudio se recoge nuestra serie de casos de conversiones a BGYR y sus resultados en el tiempo.

**Material y método:** Estudio observacional retrospectivo que incluye a todos los pacientes intervenidos en nuestro centro de conversión de GV a BGYR desde 2014 a 2022.

**Resultados:** Se recogen un total del 33 pacientes (66,7% mujeres, edad mediana 46,3). Las comorbilidades pre-GV eran: 33,3% DM, 69,7% HTA, 66,7% SAHS y 0,9% ERGE. El IMC pre-GV fue de mediana 44,7 (34,9-59,7).

En cuanto a las comorbilidades, tras la GV presentaron remisión completa: 41,6% de los DM, 31,8% HTA y 27,3% SAHS. En cuanto a la evolución ponderal, con el mínimo peso conseguido post-GV la mediana de IMC fue de 29,7 (20,9-40,3).

La conversión a BGYR fue a los 5 años (0,3-16,7) de mediana, con una edad de mediana en nuestro grupo de pacientes de 53 años y un IMC de mediana de 34,8 (22,7-49). La clínica principal que motivó la conversión a BGYR fue la ERGE mal controlada con tratamiento médico, presente en el 81,8% de los casos. La intolerancia oral con vómitos de repetición fue otra causa frecuente, presente en el 33,3%. La reganancia ponderal fue el motivo de conversión en solo 2 pacientes. La cirugía se realizó en 135'. La estancia hospitalaria fue de 3 días de mediana. Hubo 2 reintervenciones en el postoperatorio inmediato (hemoperitoneo, perforación iatrogénica de una asa). No hubo mortalidad.

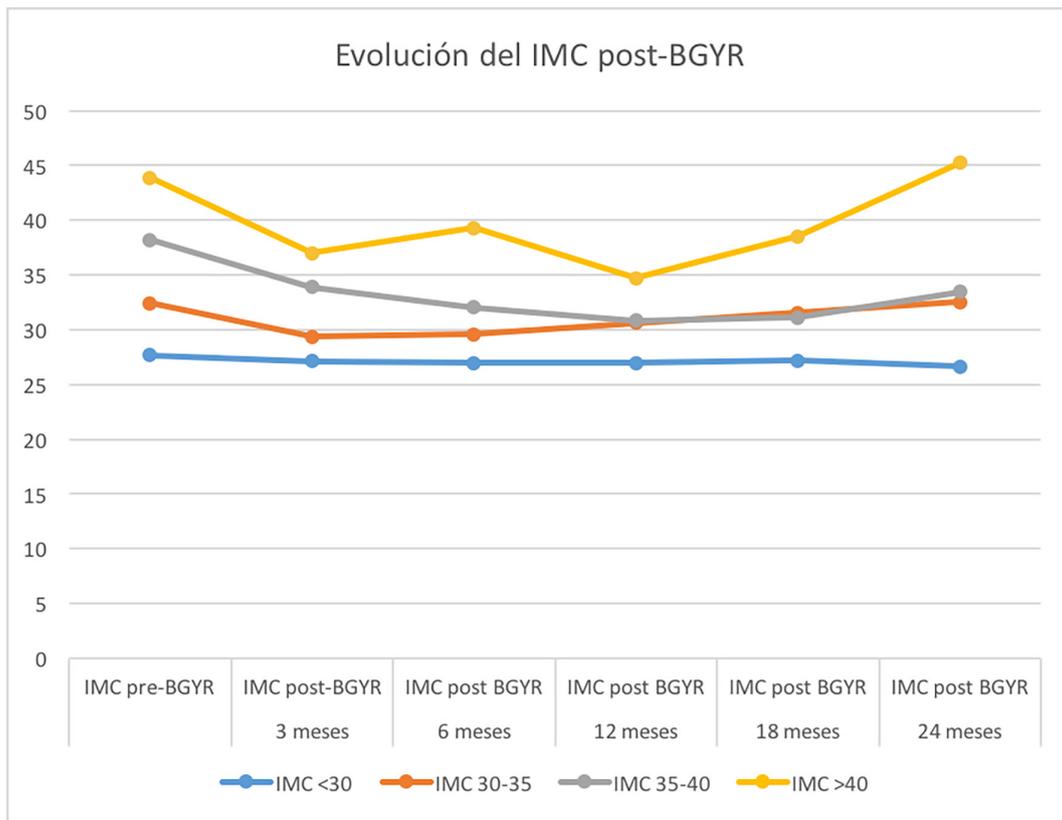
Tras el BGYR, la ERGE se resolvió o mejoró en el 88,4% de los casos. En cuanto a las comorbilidades, presentaron mejoría o remisión completa: 57,1% DM, 46,7% HTA y 41,17% SAHS.

En cuanto a la evolución ponderal tras el BGYR, al año el IMC era de una mediana de 30,8 (23,4-38,3). Como la evolución del peso fue variable, para analizarla hemos dividido a los pacientes en 4 grupos según el IMC pre-BGYR, la tabla indica el porcentaje que representa cada grupo del total de pacientes reintervenidos.

IMC pre-BGYR	Porcentaje del total de pacientes
< 30	27,27%
30-35	24,24%
35-40	24,24%
> 40	24,24%

En la gráfica se muestra la evolución del IMC de cada grupo en el tiempo de seguimiento. El grupo de pacientes reintervenidos con un IMC > 40 pre-BGYR fueron los que peor pérdida de peso alcanzaron. El único grupo que consiguió perder peso tras el BGYR fue el del IMC 35-40 pre-BGYR, consiguiendo mantenerse en el tiempo con un IMC < 35. El resto de grupos se mantuvieron estables tras el BGYR.

**Conclusiones:** La conversión a BGYR es una cirugía segura que resultó efectiva para el control del principal problema post-GV, el reflujo gastroesofágico. Fue útil de forma parcial para el control de las comorbilidades. Sin embargo, no demostró ser útil para el control ponderal, especialmente en los pacientes reintervenidos con mayor grado de obesidad.



O-60

## Evaluación cuantitativa y cualitativa de la 1a jornada de pacientes con obesidad de las comarcas de girona

**Georgina Ferret Granés, Clara Codony Bassols, Elisabet Garcia Moriana, Marcel Pujadas Palol, Sílvia Mauri Roca, Núria Pons Portas, Ramon Farrés Coll.**  
**Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona, España.**

**Introducción:** La obesidad es una enfermedad crónica y con un abordaje multidisciplinar. La cirugía forma parte de su tratamiento así como adquirir unos hábitos saludables sobretodo en relación a la comida y el ejercicio. El estado motivacional influye positivamente en adquirir y mantener dichos hábitos y todo ello repercute en unos mejores resultados clínicos.

**Objetivos:** La Unidad de Obesidad del HJT organizó una jornada dedicada a los pacientes con obesidad pendientes de intervención quirúrgica para fomentar su motivación y conocer mejor sus necesidades para así valorar posibles cambios organizativos hospitalarios.

**Material y métodos:** A los pacientes con obesidad y pendientes de cirugía bariátrica se les mandó un programa informativo de la jornada junto a un link para inscribirse. Se inscribieron un 40% de los pacientes en lista de espera y finalmente se presentaron el 66% de los mismos. La jornada se realizó una tarde entre semana y duró 3 horas. Se estructuró en 3 partes. En la primera, se realizaron charlas médicas por parte del equipo de Cirugía, Endocrinología y Dietética. En la segunda, pacientes ya intervenidos explicaron su experiencia y posteriormente se dejó un espacio para que el público pudiera preguntar libremente cualquier duda. La 3ª y última parte consistió en una charla motivacional por parte de un coach. En los días siguientes, se mandó una encuesta de satisfacción a los asistentes con 9 preguntas valorables según una escala numérica del 1 al 5, siendo 1 muy deficiente y 5 muy satisfactorio.

**Resultados:** Un total de 43 pacientes asistieron a la jornada (60% mujeres, 40% hombres), con una edad media de 48,4 años (30-63) y un IMC medio de 49,32 (38-70). En los cuestionarios de satisfacción se evaluó: organización de la jornada (puntuada en 5 por el 77% de los asistentes), interés de la jornada (puntuada en 5 por el 86%), comodidad de la sala (puntuada en 5 por el 83%), posibilidad de participar activamente (puntuada en 5 por el 71%), tiempo dedicado a cada charla (puntuada en 5 por el 60%), capacidad de proporcionar estrategias/recursos (puntuada en 5 por el 65%), capacidad de resolver dudas (puntuada en 5 por el 66%), capacidad de motivar para continuar con los cambios (puntuada en 5 por el 77%) y valoración general de la jornada (puntuada en 5 por el 83%). Algunos aspectos de mejora propuestos fueron un turno de preguntas al equipo médico y dedicar más tiempo para realizar preguntas a los pacientes intervenidos.

**Conclusiones:** La jornada fue muy bien recibida por parte de los pacientes tal y como se refleja en las encuestas de satisfacción. Dichos resultados han revelado aspectos relevantes para el paciente que el equipo médico a veces no es capaz de captar. Gracias a la jornada, se han propuesto actos de mejora (unidad funcional, mentoring y coaching) en el abordaje y seguimiento de dichos pacientes y es esperable que en una valoración futura se observe una mejoría de los resultados clínicos.

O-61

## PROTOCOLO DE RECUPERACION OPTIMIZADA EN CIRUGIA BARIATRICA AMBULATORIA EN UN HOSPITAL PUBLICO NACIONAL DE ARGENTINA

**Hugo Daniel Ruiz, Martin Rodriguez Montoya, Carolina Canavese, Ernesto Toledo, Otto Adolfo Ritondale.**

**Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas, Morón, Buenos Aires, Argentina.**

**Objetivo:** Presentar la experiencia de la utilización de un protocolo de recuperación optimizada en cirugía bariátrica y el desarrollo de la cirugía bariátrica ambulatoria.

**Material y método:** Se presenta un estudio retrospectivo, observacional, unicentrico, basado en los datos obtenidos de un registro electrónico prospectivo de pacientes operados de manera electiva. Se utilizó un scoring de control y seguimiento en la internación y post alta de manera telefónica. Se asoció una encuesta de satisfacción del paciente. Desde 2018 se inició la incorporación de un protocolo de recuperación optimizada en algunos procedimientos quirúrgicos de la institución.

**Material y métodos:** Se evaluaron los datos antropométricos sexo, edad, IMC, comorbilidades, criterios de inclusión y exclusión, tipo de cirugía, tiempo quirúrgico, estadía en la UCA, test de Aldrete modificado, tasa de morbilidad global, tasa de mortalidad y pernocte y tasa de satisfacción del tratamiento ambulatorio basado en una encuesta personal. Tasa de ingreso inmediato y de reingreso tardío. Se realizaron 263 cirugías bariátricas de las cuales 134 fueron elegibles para el protocolo y eventualmente fueran ambulatorias (50.95%). 98.5 mujeres y 1,5 % hombres. Edad 43.5 años. IMC inicial promedio 49 y 42 IMC prequirúrgico. Comorbilidades ERGE 25,3%, DBT 40,2%, HTA 45,5%, DLP 35,5% y SAOS 52.9%.

**Resultados:** De los 134 procedimientos con Protocolo optimizado y ambulatorios. En el 2018 de 8/61 pacientes fueron ambulatorios (13.1%), mientras que en el 2022 59/67 pacientes (88%). Las cirugías ambulatorias fueron 63 Gastrectomías verticales (47%), 32 bypass gástrico de una anastomosis (23,8%), 25 bypass en Y de Roux (18,6%) y 14 cirugías de conversión (10.5%), el 52,9% fueron cirugías mayores. Tiempo operatorio promedio 103 minutos (48-163). Complicaciones inmediatas 8.95 % náuseas y vómitos y 8.20% dolor que fueron manejado en UCA. El 100% tolero líquidos y se otorgó el alta. Estadía promedio 8 horas con 11 minutos. Complicaciones mediatas 2,98 % nauseas o intolerancia a los líquidos, 1,49% dolor que requiero analgesia ev con internación breve. 2 infecciones de ports 1,49 %. 2 pacientes con complicaciones graves colección intraabdominal y hemoperitoneo que requirieron re internación y laparoscopia (1.49%). No hubo mortalidad y el 100% de los procedimientos fueron laparoscópicos. El 100% de los pacientes aceptarían realizarse nuevamente la cirugía bariátrica ambulatoria.

**Conclusión:** La implementación del protocolo de recuperación optimizado permite el desarrollo de la cirugía bariátrica ambulatoria requiere de una actuación interdisciplinaria, lo cual permite que se realice de manera eficaz y segura.

La cirugía bariátrica ambulatoria se puede realizar en un Hospital Público con una correcta selección una mayor disponibilidad de camas de internación, mejorando la utilización de los recursos.

El índice de re internación y complicaciones fue bajo 1.49%.

No se observaron mayores complicaciones o re internaciones en cirugías de bypass o de conversión. El scoring de seguimiento telefónico es fundamental para el diagnóstico de complicaciones durante la recuperación domiciliaria.

La encuesta de satisfacción permite evaluar la calidad asistencial.

O-62

## Cirugía revisional en el hospital comarcal de sierrallana

**Oihan Loidi Lázaro-Carrasco, Deiane Pereda Bajo, Irene Bolinaga Del Pecho, Ibone Bustillo Zabalbeitia, Luis Eloy Gutiérrez Cantero, María Bolado Oria, Juan Ignacio Lago Fernandez, Rubén Gonzalo Gonzalez, María Fernandez Rodriguez, Jose Manuel Gutiérrez Cabezas.**  
**Hospital Comarcal Sierrallana, Torrelavega, España.**

**Objetivos:** La cirugía revisional (CR) es un tipo de intervención quirúrgica que se realiza en pacientes sometidos previamente a una cirugía bariátrica, pero que no han logrado alcanzar sus objetivos de pérdida de peso o han experimentado complicaciones después de la intervención original. Dado el aumento en el número de cirugías bariátricas, estas van acompañadas inevitablemente de un aumento de las revisionales, representando en la actualidad entre el 7% y el 15% del número total. El objetivo de este estudio es analizar los resultados de la CR llevada a cabo en el Hospital de Sierrallana, en aras de demostrar que es factible realizar este tipo de intervenciones en un hospital comarcal.

**Material y métodos:** Un total de 72 pacientes fueron sometidos a cirugía de revisión tras una cirugía de obesidad mórbida en nuestro centro entre enero de 2016 y diciembre de 2022 y son el objeto inicial de este estudio descriptivo. Los pacientes fueron seleccionados para gastrectomía vertical (GV), bypass gástrico (BPGYR) o SADIS en función de: la cirugía previa, pérdida de peso insuficiente, reganancia del mismo o existencia de complicaciones. El seguimiento se realizó de acuerdo al protocolo establecido, inicialmente a los 30 días, 6 y 12 meses, existiendo en todos ellos un seguimiento mínimo de 30 días. Completaron el seguimiento a 12 meses 67 pacientes.

**Resultados:** Durante este periodo, 232 pacientes han sido intervenidos por obesidad mórbida en nuestro centro, de los cuales 72 fueron sometidos a CR. Se realizaron un total de 66 retiradas de banda gástrica ajustable, + GV, 4 retiradas de banda + BPGYR, 1 BPGYR y 1 SADIS procedentes de una GV previa. Entre los motivos más frecuentes de CR se encuentra la pérdida insuficiente de peso con 26 casos (36,1%), la ganancia de peso con 23 (31,9%), la intolerancia crónica con 8 (11,1%). 61 enfermos eran mujeres (84,7%), con una edad media de 48 años (DE 9,9) y un IMC preoperatorio de 41,74 (33,6-60,6). No hubo mortalidad postoperatoria y se registró una morbilidad de 3 casos (4,17%): 1 absceso intraabdominal tras GV que se resolvió con tratamiento antibiótico y 2 dehiscencias (2,78%) tras una GV que hubo que reintervenir. No hubo complicaciones intraoperatorias. La estancia media fue de 3,71 días (DE 5,41). Como complicación tardía destaca la ERGE en 8 pacientes (11,1%) sometidos a GV, con buena respuesta a tratamiento médico. La pérdida de peso obtenida se muestra en la siguiente tabla (tabla 1).

	<b>Total</b>
<b>Peso pre</b>	119,62
<b>Peso post</b>	112,13
<b>IMC pre</b>	44,52
<b>IMC post</b>	41,74
<b>PEPP 12 meses (%)</b>	22,02
<b>PEIMC 12 meses (%)</b>	57,19

**Conclusiones:** La CR bariátrica en el Hospital de Sierrallana ha obtenido buenos resultados en cuanto a %PEPP y %PEIMC a 12 meses se refiere, con una tasa de complicaciones aceptables. Así pues, los resultados indican que la CR es factible en un hospital comarcal.

P-01

## Complicación de la gastrectomía vertical: del manejo endoscópico al tratamiento quirúrgico

Laura Alonso-Lamberti Rizo<sup>1</sup>, María Asunción Acosta Mérida<sup>2</sup>, Carlos Fernández Quesada<sup>2</sup>, José Antonio Casimiro Pérez<sup>2</sup>, María Del Mar Callejón Cara<sup>2</sup>, Luis Piñero González<sup>2</sup>, Néstor Alemán Pérez<sup>2</sup>, Joaquín Marchena Gomez<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España; <sup>2</sup>Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canarias, España.

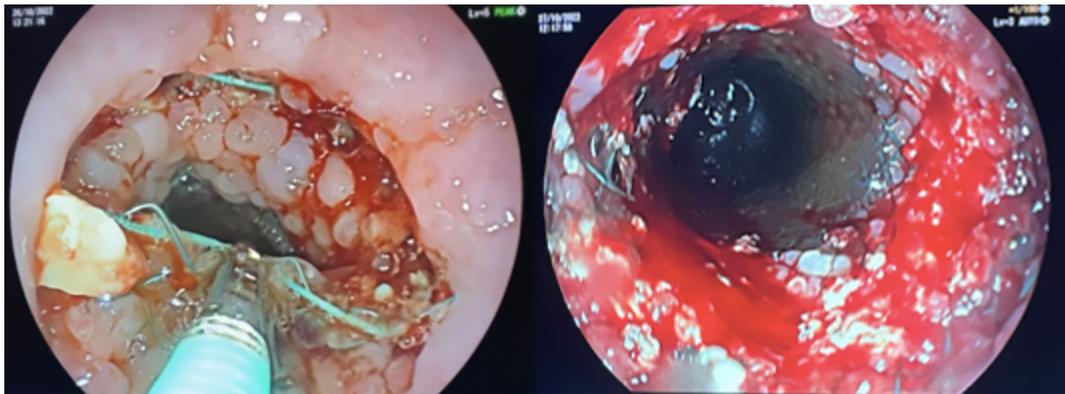
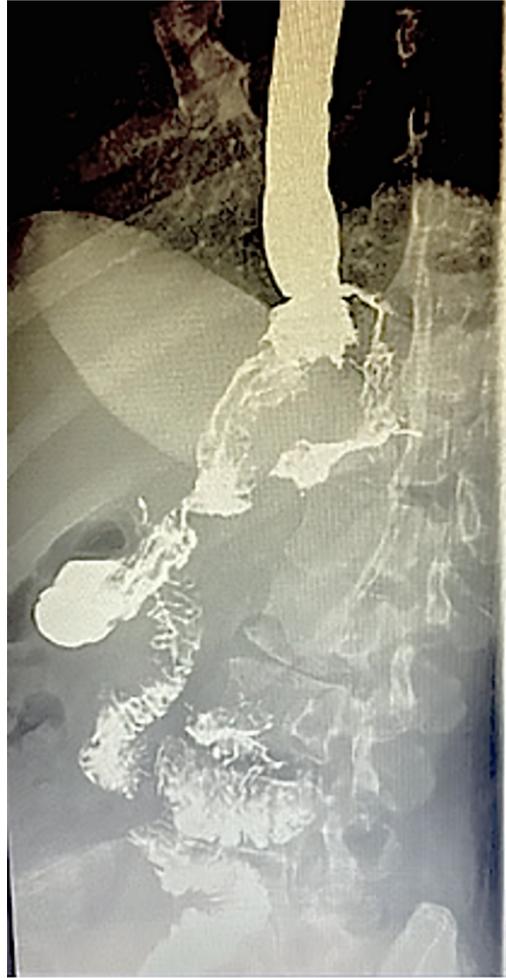
**Objetivos:** La fístula gástrica es una complicación infrecuente tras la gastrectomía vertical que asocia una elevada morbimortalidad postoperatoria. La localización más frecuente es el tercio superior de la plastia, próximo a la unión esofagogástrica, dificultando su tratamiento. El manejo endoscópico juega un papel fundamental en el tratamiento al ser un procedimiento poco invasivo y con buenos resultados en el cierre de la fistula, pero no exento de complicaciones.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de una paciente de 49 años con antecedentes de obesidad mórbida intervenida de gastrectomía vertical en otro centro. A los diez meses de la cirugía acude a urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal epigástrico de dos meses de evolución acompañado de disfagia a sólidos con buena tolerancia a líquidos. En la analítica presentaba leucocitosis de 13.380 y PCR de 133. En el TAC se observa un orificio de 1 cm en la región subcardial que comunica con una colección hidroaérea de 5 cm confirmándose en el EGD el orificio fistuloso distal a la unión esofagogástrica, otro en curvatura mayor y a nivel antral en relación a un hilo de sutura.

Se decide manejo endoscópico y percutáneo, colocando una doble endoprótesis: una exterior metálica totalmente cubierta, cubriendo los dos orificios distales y otra interior, parcialmente recubierta, quedando su extremo distal en el interior de la otra prótesis; y colocación de drenaje percutáneo. Un mes después vuelve a urgencias por náuseas e intolerancia oral y exploración física anodina. La EDA evidencia una migración e impactación de la endoprótesis distal sobre la proximal a nivel esofágico y la presencia de tejido inflamatorio que estenosa parcialmente la luz e impide la movilización y extracción de las mismas. Debido a la dificultad y riesgo de perforación esofágica requiere varias sesiones endoscópicas para la extracción, tras lo cual se comprueba la persistencia de los orificios fistulosos de la plastia.

Finalmente se decide el tratamiento quirúrgico, convirtiéndose a by-pass gástrico y realizando una gastrectomía parcial proximal, incluyendo los orificios fistulosos. Al segundo día postoperatorio se reinterviene por empeoramiento clínico y analítico, observando coleperitoneo con estenosis de la anastomosis yeyuno-yeyunal, dilatación del asa biliopancreática y perforación del antro próximo a la línea de sutura. Se rehace la anastomosis del pie de asa y secciona el estómago remanente. La paciente persiste una semana con débito bilioso por el drenaje y es dada de alta con tolerancia oral adecuada y asintomática a los quince días de la cirugía.

**Resultados y conclusiones:** La endoscopia es clave en el diagnóstico y tratamiento de la fístula gástrica tras gastrectomía vertical siendo la colocación de endoprótesis es uno de los tratamientos más empleados cuando se cuenta con especialistas experimentados. Sin embargo, la migración es una de sus principales complicaciones (40% en algunas series), recomendándose stents mas largos, parcialmente recubiertos y anclando los extremos entre sí en caso de endoprótesis dobles



P-02

## Programa de Rehabilitación pre-Cirugía Bariátrica: Actividad Física y Satisfacción

Liubov Adrover Kirienko<sup>1</sup>, Jesús Tinoco González<sup>2</sup>, Maria Gomá Huguet<sup>1</sup>, Andrea Borrás Correa<sup>1</sup>, Elena Marcos Pérez<sup>1</sup>, Sonia Pineda Dávila<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi (Consorci Sanitari Integral), Sant Joan Despí, España; <sup>2</sup>Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España.

**Objetivo:** Evaluar la satisfacción del paciente con el programa de prehabilitación de cirugía bariátrica (CB) iniciado en 2022 y su impacto sobre la actividad física.

**Material y método:** Estudio observacional transversal de evaluación mediante formularios, de la satisfacción con el programa y del nivel de actividad física de los pacientes en espera de CB derivados a rehabilitación entre abril 2022 y enero 2023. Se envió por email un formulario Google de actividad física a todos los pacientes antes y después del programa de rehabilitación pre-CB y el formulario de satisfacción tras su finalización. El formulario de actividad física consistió en el Cuestionario IPAQ (Cuestionario Internacional de Actividad Física) y el auto-registro de pasos andados. El formulario de Satisfacción consistió en varias afirmaciones y puntuación con escala Likert: muy de acuerdo (MA), de acuerdo (A), ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo.

**Resultados:** Formulario de Actividad Física (Pre-rehabilitación: N=65, Post-rehabilitación: N=37) Pre-rehabilitación un 24,6% realizaba actividades físicas intensas (levantar pesos >20kg, correr, fútbol, spinning...) en comparación con después de la rehabilitación que se incrementó a un 45,9%. Pre-rehabilitación un 61,5% realizaba actividades físicas moderadas (pasear en bicicleta a velocidad regular, practicar baile de salón, nadar pausadamente, caminar rápido...) en comparación con después de la rehabilitación que se incrementó a un 83,8%.

En cuanto a la media de pasos andados/día registrados en la última semana, se incrementó la proporción de pacientes que caminaba  $\geq 7000$  pasos/día de un 55,3% a un 80%:

- Pre-rehabilitación: 44,7% caminaban <7000, 29,3% caminaban 7000-9999, 26% caminaban  $\geq 10000$

- Post-rehabilitación: 20% caminaban <7000, 55% caminaban 7000-9999, 25% caminaban  $\geq 10000$

Formulario de Satisfacción (N=34)

- 1) Venir a Rehabilitación me ha motivado a cuidar mi salud y a ser más activo/a: 91,2% MA-A
- 2) Venir a Rehabilitación ha cambiado mis hábitos y ahora soy más activo/a que antes: 88,2 % MA-A
- 3) Venir a Rehabilitación me ha ayudado a sentirme mejor (menos dolor, menos ahogo, menos fatiga, menos dificultad para moverme o para hacer ejercicio): 79,4% MA-A
- 4) Venir a Rehabilitación ha hecho que me sienta más tranquilo/a con la cirugía: 91,2% MA-A
- 5) En general estoy satisfecho/a con la Rehabilitación: 97% MA-A
- 6) Creo que hacer Rehabilitación antes de la cirugía es útil: 100% MA-A
- 7) Recomendaría hacer Rehabilitación a otras personas que quieren someterse a una cirugía bariátrica: 94,1% MA-A

**Conclusiones:** El feedback del paciente es imprescindible para evaluar un nuevo programa de rehabilitación. El programa de rehabilitación ha demostrado incrementar el nivel de actividad física moderada-intensa y la media de pasos caminados. La mayoría de los pacientes consideran el programa útil, están satisfechos, refieren mejoría sintomática y un impacto positivo sobre sus hábitos. Los resultados apoyan la eficacia del programa.

P-03

## No dejes para mañana lo que puedas diagnosticar hoy, el tiempo es oro en las hernias internas

**Lucía Lavín Montoro, Alberto García Picazo, Clara Fernández Fernández, María Orellana León, Viviana Vega Novillo, Pilar Gómez Rodríguez, Cristina Alegre Torrado, Elías Rodríguez Cuellar, Felipe De La Cruz Vigo, Eduardo Ferrero Herrero<sup>1</sup>.**

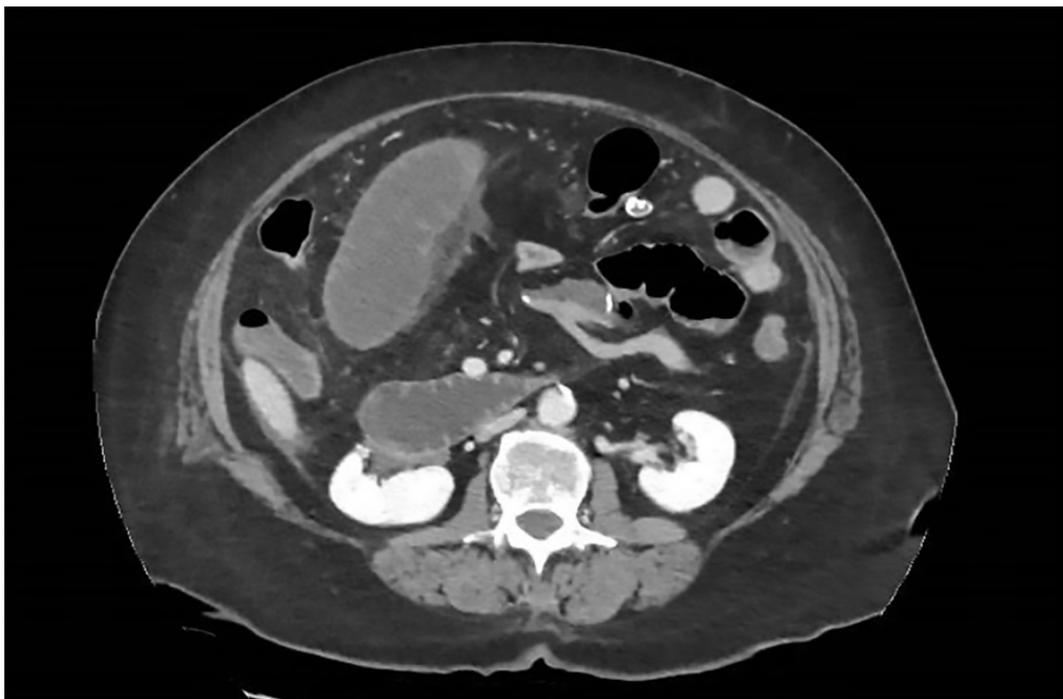
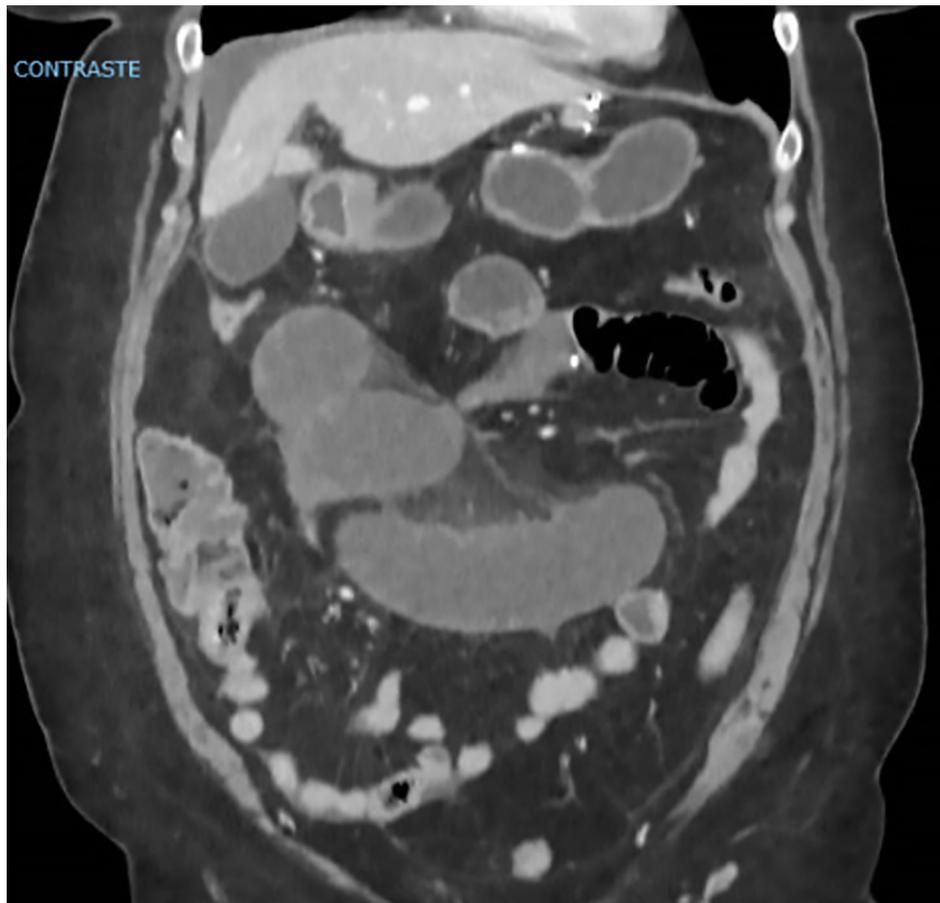
**Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.**

**Objetivos:** Las hernias internas tras un bypass gástrico son una complicación infrecuente, de carácter subagudo, pudiendo presentarse meses o años después de la cirugía tras una pérdida de peso marcada en forma de obstrucción intestinal. Clínicamente suele ser poco expresiva y cursar únicamente con distensión y dolor abdominal. La ausencia de vómitos o niveles hidroaéreos en la radiografía de abdomen hace requerir un alto índice de sospecha para su diagnóstico. El retraso terapéutico debido a una demora diagnóstica suele empeorar el pronóstico. Nuestro objetivo es recalcar la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de la hernia interna.

**Material y métodos:** Mujer de 64 años, intervenida de bypass gástrico anillado laparoscópico en febrero de 2022. Se encontraba en seguimiento en consultas de cirugía general sin haber presentado incidencias postoperatorias, con una pérdida de 17 kg a los tres meses. Acude en junio de 2022 al servicio de urgencias, refiriendo dolor abdominal hipogástrico de 24 horas de evolución y vómitos, última deposición hacía 24 horas. Análíticamente presentaba discreto aumento de reactantes de fase aguda, con radiografía de abdomen sin hallazgos. Dada la ausencia de datos de alarma en las pruebas complementarias solicitadas se opta por observación hospitalaria. Sin embargo, no presentó mejoría del dolor, objetivándose a su vez, aumento moderado de reactantes de fase aguda. La nueva radiografía de abdomen no demostraba nuevos hallazgos patológicos.

**Resultados:** Finalmente, tras 31 horas desde su llegada se solicita TAC abdominopélvico urgente ante la evolución desfavorable. En el mismo, se apreciaban hallazgos compatibles con obstrucción intestinal, secundarios a hernia interna a través de la brecha mesentérica a nivel de la anastomosis yeyuno-yeyunal con signos de compromiso vascular. Se decide intervención quirúrgica urgente. Intraoperatoriamente se objetivó 50 cm de yeyuno isquémico correspondiente al asa biliopancreática, tras herniación intestinal inmediatamente superior al pie de asa a través de la brecha mesentérica. Se realiza resección del asa biliopancreática a nivel del ángulo de Treitz y se reseca el pie de asa. Se asciende el asa intestinal distal confeccionando una anastomosis manual a nivel del Treitz y un nuevo pie de asa a 60 cm de la biliopancreática, cerrándose brecha mesentérica. El espacio de Petersen se encontraba íntegro. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

**Conclusiones:** La obstrucción intestinal por hernia interna tras bypass gástrico, requiere de un alto índice de sospecha para su diagnóstico debido a su disparidad clínica y radiológica respecto a otro tipo de obstrucciones. La atención inicial otorga un tiempo crucial para su tratamiento, por ello es fundamental el grado de sospecha clínica.



P-04

## Fístula gastro-cólica: complicación postoperatoria del bypass gastroyeyunal

**Marta Rojas Estévez, Alberto Díaz García, Carmen Díaz López, Juan Manuel Sánchez Rodríguez, Rafael Orti Rodríguez, Rajesh Hareesh Gianchandani Moorjani, Vanesa Concepción Martín, Alejandro Hueso Mor, Enrique Moneva Arce, Manuel Ángel Barrera Gómez.**

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

**Objetivos:** El bypass gástrico es una de las intervenciones quirúrgicas más utilizadas para el tratamiento de la obesidad. Entre sus complicaciones postoperatorias a medio y largo plazo se encuentran la falta de pérdida de peso o recuperación del mismo, dumping, úlceras marginales, distensión del remanente gástrico, trastornos metabólicos y fístulas gastro-gástricas, entre otros.

**Material y métodos:** Varón de 57 años con antecedente de bypass gástrico en un centro externo hace 9 años. Presenta clínica de diarreas de dos meses de evolución, asociado a pérdida de 20 kg de peso y dolor abdominal. Durante el estudio, se realiza TC donde describen un engrosamiento inespecífico del remanente gástrico/anastomosis y una colonoscopia donde objetivan mucosa edematizada con úlceras superficiales y un segmento de aspecto necrótico en lo que parece colon ascendente, de la cual se tomaron biopsias que correspondieron a fragmentos compatibles con mucosa gástrica. Para completar el estudio, se realizó gastroscopia, accediendo a colon y a estómago excluido con el gastroscopio, confirmando el diagnóstico de fístula gastro-cólica y gastro-gástrica.

**Resultados:** Se optimiza desde el punto de vista nutricional con NE por SNY colocada a través de estómago excluido por la fístula gastro-gástrica. Con parámetros nutricionales normalizados, se realizó laparotomía exploradora, objetivando un plastrón inflamatorio que involucraba la anastomosis gastroyeyunal, una fístula de la anastomosis a colon trasverso y otra al remanente gástrico a nivel de la incisura. Se realizó una resección con endoGia de la anastomosis gastroyeyunal y las fístulas, una gastrectomía subtotal y una nueva anastomosis gastroyeyunal y colo-cólica. El paciente presentó una buena evolución posterior; con buena tolerancia oral, siendo dado de alta al sexto día postoperatorio.

**Conclusiones:** La fístula gastro-cólica es una rara complicación postoperatoria del bypass gastroyeyunal. Su causa puede ser una úlcera marginal, tumoral o iatrogénica. Su diagnóstico precoz es fundamental para evitar los efectos de la desnutrición y su tratamiento definitivo debería ser la cirugía, con la resección en bloque de la fístula.

P-05

## Neumopiopericardio como complicación inusual a largo plazo de by-pass gástrico en Y de roux

Alex Morera Grau<sup>1</sup>, Lucía Picazo<sup>1</sup>, Ainitze Ibarzabal<sup>2</sup>, María Alejandra Guerrero<sup>1</sup>, Agustí Seoane<sup>1</sup>, Manuel Pera<sup>1</sup>, Anna Casajoana<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital del Mar, Barcelona, España; <sup>2</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

**Objetivos:** Exponer el caso de una fístula gastro-pericárdica, como una complicación excepcional tras bypass gástrico en Y de Roux (RYGB).

**Material y Métodos:** Revisión de la historia clínica.

**Resultados:** Presentamos a una mujer de 50 años con antecedente de RYGB en 2007 con índice de masa corporal (IMC) inicial de 40kg/m<sup>2</sup> y adicción a drogas por vía parenteral desarrollado años después de la cirugía. Como complicaciones, destaca la aparición en 2016 de un ulcus en la anastomosis gastro-yeyunal, que condiciona múltiples episodios de hemorragia digestiva alta, una fístula gastro-gástrica y un esófago de Barrett. Dados los diagnósticos se ofrece tratamiento quirúrgico que la paciente rechaza.

En febrero de 2023, es traída a urgencias por disminución del nivel de consciencia y posterior parada cardiorrespiratoria recuperada. A su llegada, presenta un IMC de 18 kg/m<sup>2</sup> y sarcopenia con edemas de predominio en extremidades inferiores. Análíticamente destaca una elevación de reactantes de fase aguda, y en la radiografía de tórax se observa una imagen de neumomediastino y derrame pleural. Se realiza una tomografía computarizada (TC) de tórax, donde además se observa un importante derrame pericárdico asociado a neumopericardio, así como migración del reservorio gástrico a mediastino posterior y signos de tromboembolismo pulmonar. Se decide colocación de 2 drenajes torácicos y un drenaje pericárdico, del que se obtiene material purulento. El estudio de gram urgente es positivo para bacilos gram negativos, cocos gram positivos y levaduras. Ante los hallazgos, se inicia cobertura antibiótica y antifúngica y se completa el estudio con un TC abdominal, que sugiere la presencia de una fístula gastro-pericárdica, así como de hipoperfusión del reservorio gástrico, sin líquido libre ni neumoperitoneo. En la endoscopia urgente se confirma la presencia de esófago de Barrett largo (C10M10) con signos de ulceración crónica. Asimismo, el reservorio gástrico presenta fibrina abundante en su cara anterior y un gran orificio que da acceso al remanente gástrico, compatible con la fístula gastro-gástrica ya conocida, e imagen de pequeña fístula anterior con burbujeo, sugestiva de fístula gastro-pericárdica. Durante el proceso, la paciente presenta una segunda parada cardiorrespiratoria con necesidad de reanimación cardiopulmonar, consiguiendo recuperar la circulación espontánea. Finalmente, tras las pruebas complementarias y el resultado de los cultivos del líquido pericárdico, positivos para *Candida glabrata*, *Streptococcus oralis* y *Escherichia coli*, se orienta el caso como shock séptico secundario a empiema pericárdico por fístula gastro-pericárdica.

Durante las primeras 48 horas la paciente presenta una correcta evolución, con retirada de drogas vasoactivas y extubación. Se ofrece cirugía secuencial en dos tiempos, yeyunostomía para optimización nutricional y posteriormente exéresis en bloque con reconstrucción del tránsito, que la paciente y tutor legal rechazan. Al quinto día, la paciente presenta empeoramiento respiratorio y hemodinámico progresivos, siendo éxitus.

**Conclusiones:** La fístula gastro-pericárdica es una complicación muy inusual tras la cirugía bariátrica y esófago-gástrica. Su sospecha clínica inicial es difícil dada su aparición tardía y los pocos casos descritos en la literatura. El tratamiento quirúrgico presenta un riesgo de complicaciones elevado, requiriendo de un soporte y abordaje multidisciplinar.

P-06

## Manejo laparoscópico en un caso de perforación gástrica por balón intragástrico

**Guillermo Saiz Lozano, Marta Rojas Estévez, Juan Manuel Sánchez González, Adria Rosat Rodrigo, Carmen Díaz López, Rafael Orti Rodríguez, Rajesh Gianchandani Moorjani, Vanesa Concepción Martín, Manuel Barrera Gómez. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.**

**Introducción:** La colocación de balón intragástrico (BIG) es una técnica mínimamente invasiva utilizada para el tratamiento de la obesidad. Los BIG reducen la capacidad gástrica y mejoran la sensación de saciedad,

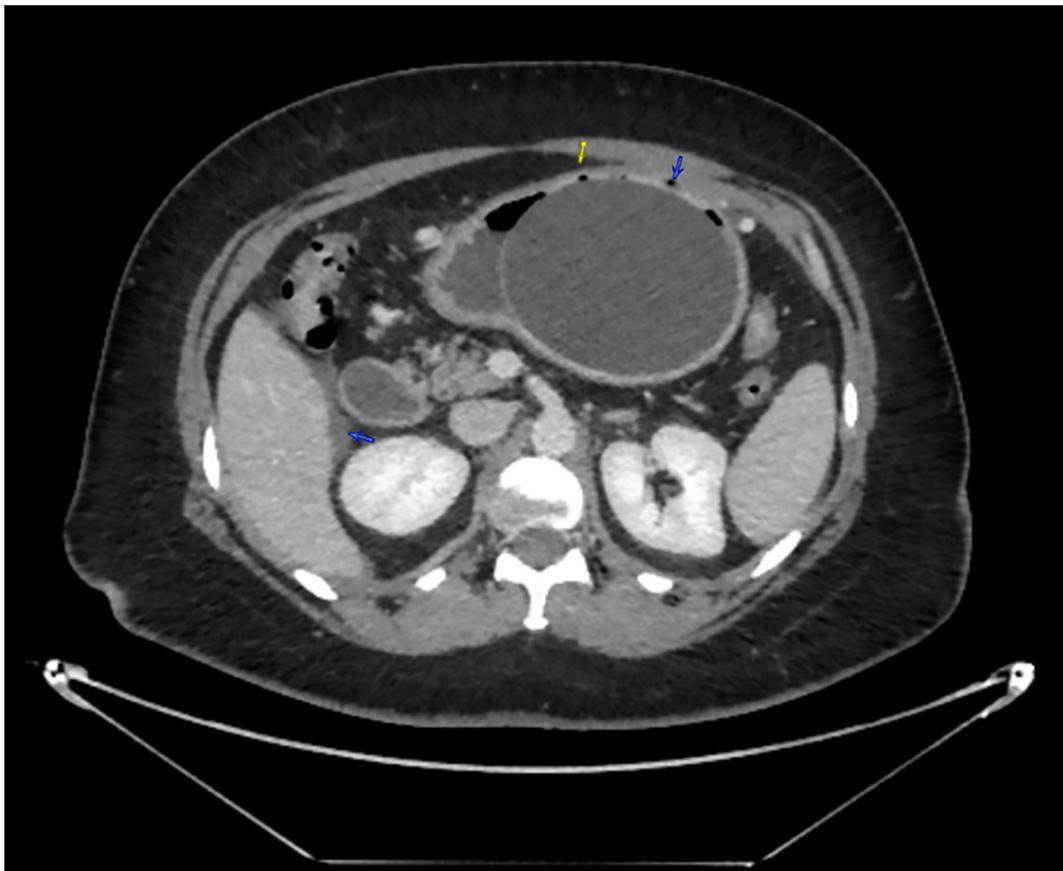
induciendo así a la pérdida de peso. El tratamiento debe tener una duración máxima de 6 a 12 meses, según el tipo de balón, debido al mayor riesgo de desinflado y migración del balón después de este tiempo.

Entre las complicaciones descritas de esta técnica en la literatura médica cabe destacar perforación esofágica, perforación gástrica, obstrucción gástrica, rotura del balón, hemorragia, reflujo gastroesofágico, esofagitis y úlcera gástrica. Aunque la tasa de complicaciones es baja (2,8%), se debe realizar un seguimiento estrecho. Sobre todo en pacientes de alto riesgo, para detectar precozmente complicaciones graves.

**Caso clínico:** Se trata de una mujer de 42 años, con IMC 48, que presenta perforación gástrica al 2o mes de colocación de BIG. Como antecedente de interés refiere colocación de BIG previo hacía 5 años. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de intensidad creciente en 48 horas, asociado a náuseas y vómitos. En la analítica destaca leucocitosis (18000) y neutrofilia. En el TAC se objetiva neumoperitoneo en hemiabdomen superior, estómago distendido con balón intragástrico en cuerpo, objetivando en la pared anterior a dicho nivel burbujas aéreas, estriación de la grasa adyacente y discreta cuantía de líquido (Imagen 1 y 2). Se decidió laparoscopia exploradora objetivando una perforación de unos 5mm en cara anterior del cuerpo gástrico con el BIG subyacente distendido completamente. Se practicó una gastrostomía de unos 4 cms que permitió el vaciado del balón con aguja de Veress obteniendo suero con azul de metileno, posterior extracción del mismo y cierre con sutura barbada. El postoperatorio fue sin complicaciones y al 5o día postoperatorio pudo irse de alta.

**Discusión:** Los efectos secundarios más comunes tras la colocación de un BIG son náuseas y vómitos. (23,3%), dolor abdominal (19,9%) y enfermedad por reflujo (ERGE) (14,4%). Complicaciones más graves incluyen ulceración gástrica (0,3%), obstrucción intestinal (0,8 %), perforación gástrica (0,1 %) y muerte (0,05 %). La perforación gástrica es una complicación rara, pero grave. Los mecanismos detrás de estas perforaciones no están bien descritos. Se sugiere que el balón puede causar presión excesiva sobre la pared gástrica, con la consiguiente erosión, ulceración y perforación. El enfoque quirúrgico vía laparoscópica ha proporcionado una recuperación rápida y sin incidentes, con un retorno rápido a la alimentación oral y sin complicaciones.

**Conclusión:** De acuerdo con la comunidad científica, consideramos el balón intragástrico una forma sencilla y fácil de obtener una pérdida de peso satisfactoria a corto plazo. Sin embargo, los resultados a largo plazo siguen siendo controvertidos, varios estudios informaron recientemente de una considerable recuperación de peso después de la retirada del balón. Cuando los pacientes presentan síntomas abdominales después de la inserción de un BIG, siempre se debe sospechar perforación gástrica como diagnóstico diferencial. Sugerimos que los pacientes deben ser evaluados cuidadosamente antes de repetir los tratamientos con un balón intragástrico.



P-07

## Evaluación de la pérdida de peso a los 5 años de la cirugía bariátrica. Experiencia de un único centro

**Georgina Ferret Ferret, Lúdia Cornejo Fernández, Elisabet Garcia Moriana, Clara Codony Bassols, Marcel Pujadas Palol, Ramon Farrés Coll.**  
**Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona, España.**

**Introducción:** La obesidad es una enfermedad crónica que precisa de un tratamiento multidisciplinar y uno de los pilares es la cirugía bariátrica. El resultado clínico puede basarse en la resolución de comorbilidades o en la pérdida ponderal. Existen distintas formas de calcular la pérdida de peso y hacer una valoración del resultado clínico pero en muchos casos no se alcanzan los objetivos esperados como ocurre cuando se toma como referencia el IMC ideal de 25. Recientemente, se ha introducido el concepto de Porcentaje del exceso del IMC perdido esperado (PPEIMCE) que permite hacer una valoración clínica individual así como comparar series.

**Objetivos:** Evaluar la pérdida de peso a los 5 años de la cirugía bariátrica comparando los resultados expresados mediante el porcentaje del exceso del IMC perdido vs el PPEIMCE.

**Material y métodos:** Se han seleccionado aquellos pacientes intervenidos desde el 1 de enero de 2017 hasta febrero de 2018 y que habían cumplido 5 años de la cirugía.

**Resultados:** Se seleccionaron un total de 60 pacientes distribuidos en 68.3% mujeres y 31.7% hombres. Edad media de 46.5 años (40-53) e IMC inicial medio de 44.4. Se realizaron un 50% de gastrectomías verticales (GV) y 50% de bypass gástricos. En el gráfico 1 se visualiza la evolución del IMC de forma global a lo largo de los 5 años (IMC medio inicial, a los 6m, 1 año, 2 años y 5 años) siendo respectivamente de 44,4, 33,7, 30,9, 30,8 y 32,9.

La evolución del IMC a lo largo de los 5 años comparando las dos técnicas se muestra en el gráfico 2. No se objetivan diferencias estadísticamente significativas pero en general hay una tendencia en un menor IMC en el grupo de bypass gástrico. Tampoco hubo diferencias entre la evolución del IMC y el sexo ( $p=0,190$ ) pero sí según la edad ( $p=0,007$ ) siendo mayor la pérdida de IMC en  $\leq 50$  años. La proporción de pacientes que alcanzó un IMC  $\leq 25$  a los 5 años fue del 5% y la que alcanzó un PPEIMCE  $\geq 100$  a los 5 años fue del 22%.

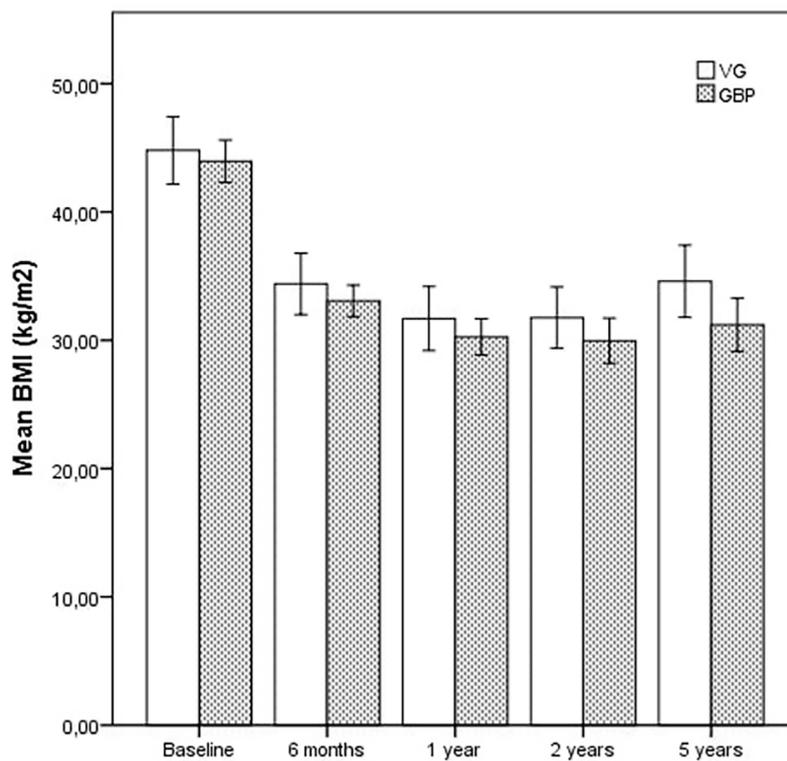
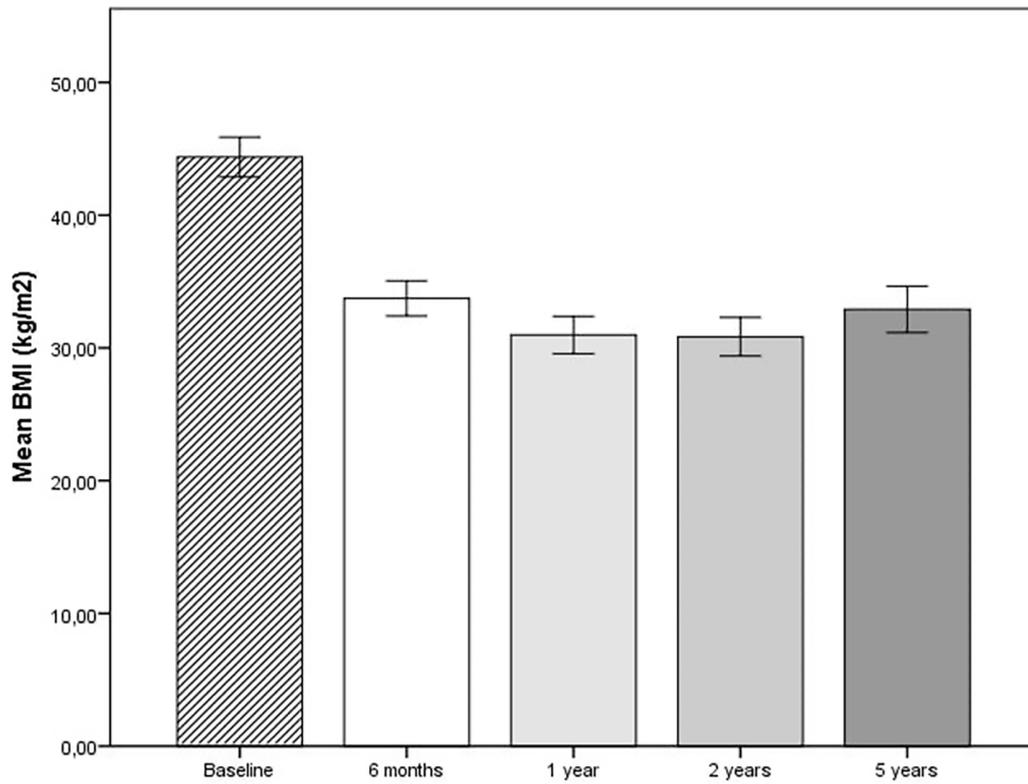
Cuando se usó el PPEIMC, no hubo diferencias estadísticamente significativas según el sexo ni según la técnica quirúrgica pero sí mayor pérdida de peso en menores de 50 años ( $p=0,023$ ).

Cuando se usó el IMC  $\leq 25$  como referencia para evaluar resultados, no hubo diferencias según el sexo, la técnica quirúrgica ni la edad.

**Conclusiones:** El uso del IMC ideal de 25 como criterio para evaluar el éxito de la cirugía es muy exigente y en pocos casos se consigue. Usar el PPEIMCE permite obtener unos resultados más realistas i además comparar series.

En nuestra serie, la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre el IMC y la técnica quirúrgica se debe a un número reducido de pacientes junto a una mayor proporción de GV por ser el inicio de la cirugía bariátrica en nuestro centro.

Queda pendiente revisar la pérdida de peso a partir del 2019 cuando el equipo de cirugía bariátrica cambió y se consolidó.



P-08

## Factores de riesgo para el desarrollo de arritmias cardiacas durante la cirugía bariátrica. Exposición de un caso y revisión de la literatura

Clara Fernández Fernández, María Pilar Gómez Rodríguez, Ángel Callejo Martín, Óscar Valencia Orgaz, Elías Rodríguez Cuéllar, Cristina Alegre Torrado, Lucía Lavín Montoro, Nuria Lara Martín, Felipe De La Cruz Vigo, Eduardo Ferrero Herrero.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

**Objetivos:** La obesidad mórbida constituye un factor de riesgo de arritmias -más frecuentemente fibrilación auricular-, intervalo QT largo, miocardiopatía hipertrófica por aumento del volumen sistólico y del gasto cardiaco y cardiopatía isquémica. Durante la cirugía laparoscópica las complicaciones cardiovasculares se atribuyen habitualmente a trastornos hemodinámicos ocasionados por la insuflación durante el procedimiento con la consecuente disminución del retorno venoso y del gasto cardiaco como consecuencia del aumento de la presión intraabdominal. No obstante, se han descrito casos de fibrilación ventricular y parada cardiorrespiratoria (PCR) súbita en cirugía gástrica en relación a la electroestimulación de estructuras cercanas al corazón. Nuestro objetivo es analizar las potenciales causas de arritmias cardiacas durante la cirugía bariátrica.

**Material y métodos:** Varón de 49 años con antecedentes de HTA, síndrome de apnea-hipopnea del sueño y obesidad mórbida con IMC de 52.8. Ingresa para realización de bypass gástrico programado. Durante la intervención se mantiene tendente a la hipotensión requiriendo administración de efedrina y fenilefrina puntualmente, manteniendo después tensiones normales. En posible relación a la actividad eléctrica del bisturí en la cercanía del ángulo de Hiss se objetiva ritmo cardiaco compatible con fibrilación ventricular (FV).

**Resultados:** Se realizaron maniobras de reanimación, iniciándose masaje cardiaco hasta administrar un choque eléctrico de 360 J con recuperación de ritmo sinusal y de constantes con un tiempo de PCR de 4 minutos. Posteriormente permanece estable hemodinámicamente, finalizándose la intervención prevista. El postoperatorio cursó sin incidencias.

En pacientes obesos mórbidos (OM) sometidos a un bypass gástrico, se han descrito complicaciones cardiovasculares y muerte en ausencia de aterosclerosis. Estos pacientes a menudo tienen anomalías electrocardiográficas preoperatorias o cardiomegalia.

El bisturí eléctrico es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados en cirugía laparoscópica, siendo el electrocauterio con bisturí monopolar el modo más habitual de uso, efectivo y seguro. Sin embargo, su utilización en la cercanía al ángulo de Hiss o del diafragma podrían ser causa de estimulación del ventrículo derecho causando arritmias ventriculares e incluso PCR.

Esto es ocasionado por una fuga de corriente de baja frecuencia por la aparición de un arco entre la punta del electrodo y el tejido durante el corte en modo de coagulación.

En caso de producirse una FV, la supervivencia del paciente dependerá de la interrupción del circuito mediante cardioversión eléctrica.

Otra causa de arritmias es la farmacológica, estando el riesgo determinado por el intervalo QT de referencia. Fármacos como el ondansetrón o la succinilcolina, ampliamente utilizados, pueden desencadenar arritmias en pacientes con obesidad que reciban tratamientos previos con riesgo de alargamiento del QT, como antidepresivos tricíclicos.

**Conclusiones:** Las arritmias cardiacas que amenazan la vida son complicaciones que pueden darse durante la cirugía bariátrica. En OM es imprescindible una evaluación cardiovascular rigurosa para minimizar la mortalidad postoperatoria. Autores sugieren extremar las precauciones con el uso del bisturí eléctrico o la utilización del bisturí ultrasónico en las intervenciones laparoscópicas cercanas al corazón. La comprensión de los principios físicos de la electrocirugía es fundamental para la seguridad del paciente.

P-09

## Complicación tardía de la gastrectomía vertical. A propósito de un caso

**Ginamar El Haddad Jaouiche, Ingrid Roselia Ávila Alarcón, Sofía Moreno Peñuelas, Esperanza Macarena Vargas, Paula Miguelez Sierra, Fernando García Sánchez, Luis Oliver, María Isabel Alarcón.**  
**Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, España.**

**Objetivos:** La cirugía bariátrica y metabólica es un pilar importante en el tratamiento de la obesidad mórbida, siendo la gastrectomía vertical uno de los procedimientos más frecuentemente realizados, consiste en una técnica restrictiva reproducible y efectiva para la pérdida de peso con regresión de las comorbilidades asociadas, con una baja tasa de complicaciones, entre sus complicaciones tardías están la estenosis, dilatación gástrica y cierta relación con aparición o exacerbación de reflujo gastroesofágico, requiriendo en muchas ocasiones una cirugía de revisión, siendo el Bypass gástrico la cirugía más requerida para su solución.

Nuestro objetivo es presentar el caso de una mujer intervenida de gastrectomía tubular, con complicación tardía de estenosis gástrica y reflujo gastroesofágico (RGE).

**Material y métodos:** Presentamos mujer de 52 años, diabética con IMC: 51kg/m<sup>2</sup>, intervenida de gastrectomía vertical laparoscópica según técnica habitual usando 4 trócares y con sonda Faucher para calibración del tubo gástrico, identificación y sección de curvatura mayor a 4cm del píloro hasta pilar diafragmático y sección tubular gástrica mecánica, comprobándose correcta estanqueidad con azul de metileno, sin complicaciones inmediatas. Durante seguimiento presenta buena evolución ponderal con IMC de 31.8kg/m<sup>2</sup>, sin embargo, refiere clínica de reflujo gastroesofágico y molestias al iniciar las ingestas, por lo que se solicita fibrogastroscopia y tránsito esofagogastroduodenal identificándose estenosis gástrica y dilatación proximal, visualizando un gran RGE durante el decúbito.

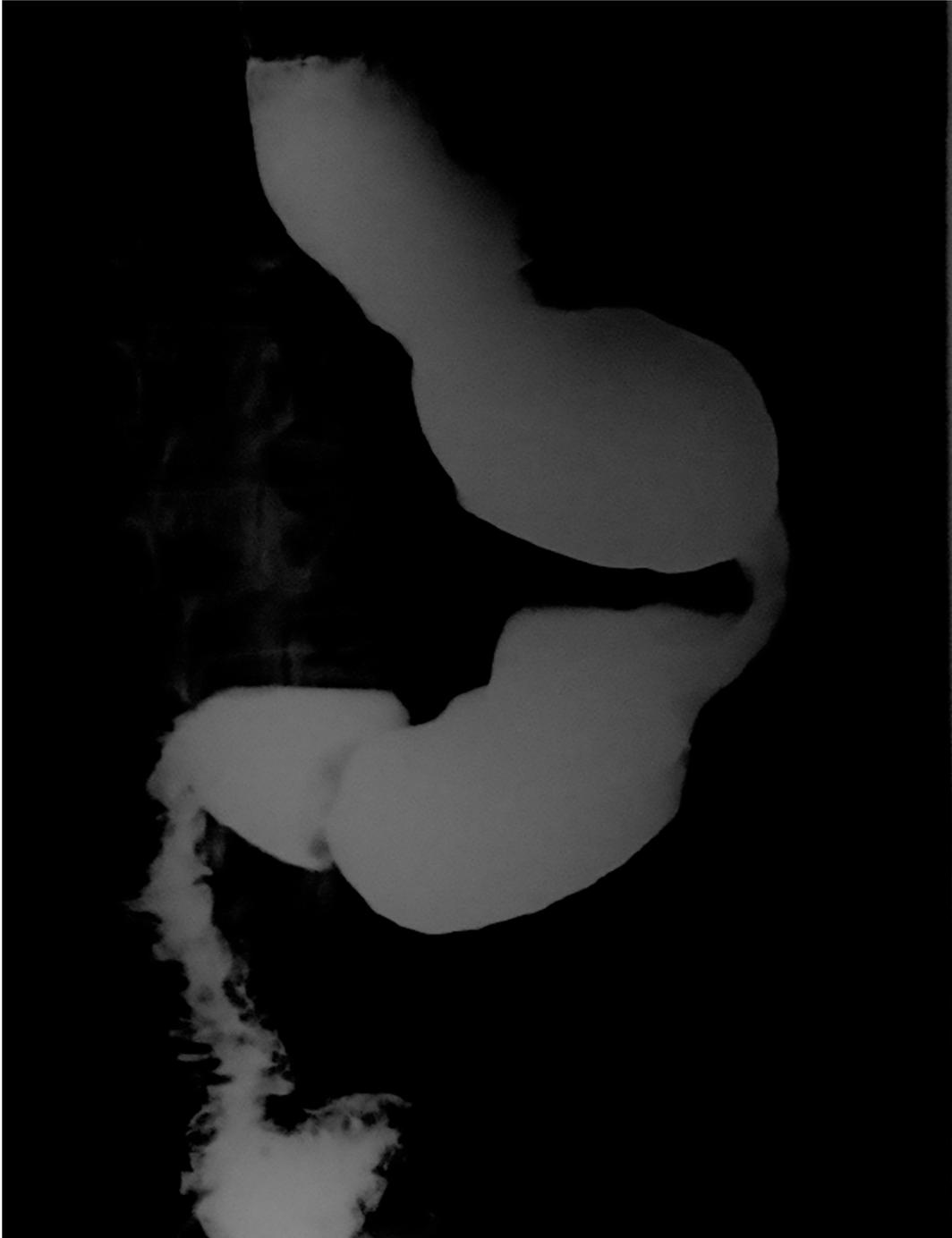
**Resultados:** Realizamos cirugía de revisión por laparoscopia con 4 trócares identificando estenosis de gastrectomía tubular inmediatamente inferior a sinus angularis con dilatación del estómago proximal, realizándose conversión a bypass gástrico. Postoperatorio sin incidencias con buena tolerancia oral y alta al tercer día. Seguimiento con mejoría de la clínica de reflujo y sin dolor a la ingesta.

**Conclusiones:** Las complicaciones quirúrgicas son de causa multifactorial y dependen de factores intrínsecos del paciente o bien de habilidades técnicas y experiencia del cirujano.

La estenosis posterior a una gastrectomía vertical, es una complicación con frecuencia que varía entre 0,1% - 4%, puede deberse a varias causas como son la utilización de una sonda Faucher para calibración del tubo gástrico demasiado pequeña o errores técnicos al efectuar la sección, en especial al dirigir el primer grapado sobre el antro hacia el sinus angularis. Es importante considerar algunas pautas claves para la técnica como son destacar la importancia de la guía para la confección de la manga gástrica, movilizándolo antes y después de cada grapado comprobando su correcta posición para reducir el riesgo de estenosis, tener en cuenta el diámetro adecuado de grapadora, liberar adherencias retrogástricas, evitar lesionar ramas de la arteria gástrica izquierda en la disección posterior y mantener alineadas las grapadas.

La estenosis puede ser tratada con dilatación endoscópica, el uso de stents autoexpansibles y en relación al tratamiento quirúrgico se describen algunos procedimientos como la seromiotomía, plastía de la estrechez y la conversión a bypass gástrico.

Es importante tomar en consideración que en nuestra paciente al presentar asociado a la estenosis importante clínica de RGE podemos considerar que la mejor opción terapéutica era la reconversión a bypass gástrico.



P-10

## Manejo endoscópico de una fístula esofagogástrica tras bypass gástrico anillado

**Ginamar El Haddad Jaouiche, Ingrid Roselia Ávila Alarcón, Sofía Moreno Peñuelas, Esperanza Macarena Vargas Cascon, Paula Miguelez Sierra, Fernando García Sánchez, Miguel Ángel Benito Persona, María Isabel Alarcón.**  
**Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, España.**

**Objetivos:** Actualmente la obesidad mórbida es una enfermedad epidémica, y el bypass gástrico laparoscópico representa una técnica segura y la más utilizada para lograr un tratamiento efectivo y perdurable en el tiempo, sin embargo, no está exenta de complicaciones. Las fistulas son una complicación poco frecuente pero potencialmente grave con una incidencia entre 1.5-6% relacionadas al uso de gastrostomías, anillos protésicos y suturas no absorbibles que paulatinamente han ido en desuso.

Nuestro objetivo es presentar el caso de una mujer que presenta fístula esofagogástrica y el manejo endoscópico que se puede ofrecer.

**Material y métodos:** Mujer de 48 años de edad, que acude a nuestro centro por reganancia de peso tras cirugía bariátrica hace 25 años, se realiza fibrogastroscoopia, tránsito esofagogastroduodenal y TC de abdomen sin concordancia en cuanto a técnica quirúrgica inicial, se decide realizar cirugía de revisión evidenciando Bypass gástrico Tipo Fobi con anillo de siliconas, dilatación del pouch gástrico, bastón de caramelo de unos 20 cm, asa alimentaria que asciende retrogástrica y transmesocólica con anastomosis yeyuno-yeyunal a unos 40 cm del ángulo de Treitz, ante estos hallazgos se realiza regastrectomía hasta banda de silicona desde pilar izquierdo, sección de bastón de caramelo y alargamiento del asa alimentaria a 120cm, manteniendo asa biliopancreática a 40cm, anastomosis gastroyeyunal y banda gástrica.

Al segundo día postoperatorio se evidencia salida de azul de metileno por drenaje abdominal por lo que se reinterviene comprobando dehiscencia de la sutura a nivel del ángulo de Hiss con fuga puntiforme, realizamos sutura primaria y epiploplastia. Pese a tratamiento presenta evolución tórpida comprobándose por pruebas complementarias la presencia de fístula en la unión esofagogástrica que ocasionaba colecciones subdiafragmáticas precisando de múltiples reintervenciones para drenaje de cavidad.

Se visualiza endoscópicamente intrusión parcial de la banda gástrica, sin conseguir remoción total de la misma. Se trata la fístula con colocación de endoprótesis y Ovesco en zona fistulosa, sin ser efectiva. Posteriormente se realiza drenaje a través de pigtail colocado endoscópicamente en orificio fistuloso para conseguir cierre por segunda intención.

**Resultados:** Adecuada evolución tras varias semanas con resolución completa de la fístula esofagogástrica ante tratamiento endoscópico, alta con buena tolerancia oral y con rehabilitación ante larga estancia hospitalaria, con adecuada pérdida de peso durante su seguimiento.

**Conclusión:** La incidencia de fístulas en la cirugía bariátrica varía con la técnica pudiendo llegar hasta el 8% cuando la cirugía es realizada debido a una conversión de otra técnica, es una de las complicaciones más graves y es la segunda causa de muerte en la cirugía bariátrica, con una tasa de mortalidad de hasta 1.5%. La endoscopia permite el diagnóstico y tratamiento mediante la inyección endoscópica de sustancias como pegamentos biológicos o sintéticos, colocación de matriz acelular en forma de tiras o conos en el trayecto o en el orificio fistuloso, aplicación de endoclips y en casos especiales con la colocación de prótesis autoexpandibles, utilizando con frecuencia una combinación de ambas. Considerando los problemas de las reintervenciones quirúrgicas, inclusive el fracaso en el cierre de las fístulas, se sugiere el tratamiento endoscópico.

P-11

## Cirugía de revisión, visión tras 20 años de experiencia

**Maria Marqueta De Salas, Mikel Rojo Abecia, Miriam Perez Pelayo, Miguel Perez Ferrer, Isabel Pua Blanco, Jose Javier Martin Ramiro.**  
**Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España.**

**Objetivo:** Realizar un análisis de las cirugías de revisión tras cirugía bariátrica llevadas a cabo por el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo en el Hospital Severo Ochoa de Leganés en los últimos 20 años.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo transversal sobre una muestra de 437 pacientes intervenidos quirúrgicamente desde octubre 2001 hasta febrero 2023. Las cirugías de revisión se realizaron en 18 pacientes (4,11%), 6 varones y 12 mujeres con un IMC preoperatorio medio de 36 y una edad media de 51 años. Las intervenciones quirúrgicas revisadas fueron 9 bandas gástricas, 8 gastrectomías verticales y 1 bypass gástrico en Y de Roux. Se realiza una valoración de las causas de las cirugías de revisión y de las complicaciones asociadas tanto intraoperatorias como las producidas en el postoperatorio inmediato.

**Resultados:** En el periodo comprendido entre 2001 y 2023 se colocaron 62 bandas gástricas, de las cuales se han revisado 9, lo que supone un 14,52%. De un total de 151 gastrectomías verticales se han revisado 8, lo que equivale a un 5,30%; y de un total de 207 by pass gástrico se ha revisado 1 que supone el 0,48% del total.

Los principales motivos de la cirugía de revisión fueron la reganancia de peso en el caso de las bandas gástricas, y el reflujo gastroesofágico en el caso de las gastrectomías verticales. Sólo se reintervino un by pass y fue por reganancia de peso.

El 50% de las bandas gástricas se convirtieron a by pass y el otro 50% a gastrectomía vertical, una de ellas se retiró sin realizar ningún otro proceso asociado. El 100% de las gastrectomías verticales se convirtieron a bypass gástrico y el único by pass gástrico reintervenido se convirtió a by pass de asa larga.

Se han producido complicaciones intraoperatorias en 5 de ellas (27.8%) y se han relacionado fundamentalmente con las adherencias de cirugías previas, mayor tiempo quirúrgico y mayor sangrado intraoperatorio. En una de ellas se produjo un desgarro esofágico que obligó a la conversión a cirugía abierta y a la realización de una gastrectomía.

Como complicaciones postoperatorias inmediatas se detectaron dos fugas anastomóticas (11.1%) asociadas las dos a la realización de bypass gástrico tras gastrectomía vertical. Se trataron de manera conservadora con dieta absoluta y antibioterapia con buena evolución. Una de ellas ha requerido dilataciones endoscópicas posteriores con buen resultado.

**Conclusiones:** La cirugía bariátrica está cada vez más extendida dados sus buenos resultados y se está llevado a cabo en multitud de centros. Hay que ser muy cuidadoso con las indicaciones de la misma y de las cirugías de revisión y hacer una correcta selección de pacientes. Las cirugías de revisión están asociadas a un mayor número de complicaciones, de ahí que deban ser realizadas por cirujanos con experiencia en cirugía bariátrica todo ello incluido dentro de unidades multidisciplinarias que ofrezcan al paciente los mejores resultados posibles.

P-12

## Tratamiento endoscópico con apollo-overstich en el manejo de complicaciones tras bypass gástrico en Y de Roux

**Maria Lapeña Rodríguez, Rosa Martí, Norbeto Cassinello, Raquel Alfonso, Joaquín Ortega.**  
**Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.**

**Introducción:** La reganancia ponderal y el síndrome de dumping son complicaciones de la cirugía bariátrica, y especialmente en el bypass gástrico en Y de Roux. Ambas, generalmente, se correlacionan con una dilatación de la anastomosis gastro-yeyunal (AGY). La terapia conservadora incluye cambios en la dieta, farmacoterapia complementaria y, si estos fracasan, revisión de la anastomosis. Como alternativa a la cirugía, analizamos los casos de pacientes que se han tratado mediante la terapia endoscópica endoluminal para el cierre de la AGY mediante el dispositivo de sutura endoscópica APOLLO- OverStich™ en nuestro centro.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes sometidos a bypass gástrico en Y de Roux en nuestro centro a los cuales se les ha realizado endoscopia terapéutica con el sistema de cierre APOLLO- OverStich™ para recalibración de la anastomosis gastro-yeyunal (AGY). Se han revisado las causas, comorbilidades, IMC y evolución posterior.

**Resultados:** En los últimos 5 años se les ha realizado endoscopia terapéutica a 6 pacientes, 3 pacientes presentaban síndrome de dumping severo y 3 reganancia ponderal. La endoscopia mostró en todos los casos una AGY dilatada ( $36\pm 8\text{mm}$ ). Con una media de 1 sesión de endoscopia terapéutica se recalibró la AGY consiguiendo un calibre de  $13\pm 4\text{mm}$ . Se realizó una endoscopia control a los 3 y 6 meses en la que se mantenía el nuevo calibre. En los pacientes con síndrome de dumping (glucemia  $43\text{ mg/mL}$ ), tras la recalibración se resolvió la sintomatología, sin que se produjeran cambios significativos en el peso tras la misma. En los casos de reganancia ponderal, tras una media de IMC mínimo de  $32.6\text{ Kg/m}^2$ , los pacientes presentaron una reganancia hasta  $39.6\text{ Kg/m}^2$  previo a la terapéutica endoscópica. Tras la misma, hubo una discreta pérdida, pero sin ser esta significativa ( $36.3$  y  $37.5\text{ Kg/m}^2$  al año y dos años post terapéutica respectivamente).

**Conclusiones:** La terapia endoluminal mediante el sistema APOLLO- OverStich™ para la recalibración de la anastomosis gastro-yeyunal parece ser una buena opción para el tratamiento del síndrome de Dumping. Sin embargo, según nuestra experiencia, no parece tener buenos resultados en cuanto a la pérdida ponderal en pacientes con reganancia tras bypass gástrico en Y de Roux.

P-13

## ¿Es el IMC preoperatorio y postoperatorio tras gastrectomía vertical un factor de riesgo de reflujo gastroesofágico de-Novo? Estudio de 150 pacientes con 5 años de seguimiento.

**Ander Bengoechea Trujillo, María De Los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.**  
**Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.**

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de reflujo gastroesofágico de novo en función del IMC preoperatorio y postoperatorio a los 5 años de seguimiento.

**Material y Métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo en una cohorte de 150 pacientes intervenidos mediante gastrectomía vertical con un seguimiento a 5 años realizándose un estudio estadístico analítico mediante la prueba de Chi cuadrado de los pacientes para las variables IMC preoperatorio, IMC postoperatorio y RGE de novo.

**Resultados:** De los 150 pacientes intervenidos han desarrollado RGE de novo 20 pacientes. De los 20 pacientes que han desarrollado RGE de novo presentaban preoperatoriamente IMC entre 35-40 1 paciente, IMC 40-45 11 pacientes e IMC +45 8 pacientes. Así mismo, no han desarrollado RGE entre IMC 35-40 8 pacientes, IMC 40-45 71 pacientes e IMC +45 51 pacientes.

*Tabla 1*

IMC preoperatorio	NO RGE de novo	Si RGE de novo
IMC 35-40	8	1
IMC 40-45	71	11
IMC +45	51	8

El resultado del estudio fue  $\chi^2 0'02$  p 0'990 sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados.

Postoperatoriamente el IMC obtenido fueron 19-25 en 10 pacientes, 25-30 en 55 pacientes, 30-35 en 44 pacientes, 35-40 en 18 pacientes, 40-45 14 pacientes y +45 en 1 paciente. De los 20 pacientes que desarrollaron reflujo gastroesofágico de novo presentaron postoperatoriamente en IMC 19-25 1 paciente, en IMC 25-30 6 pacientes, en IMC 30-35 9 pacientes, en IMC 35-40 3 pacientes y un sólo paciente para IMC +45.

*Tabla 2*

IMC postoperatorio	NO RGE de novo	Si RGE de novo
IMC 19-25	10	1
IMC 25-30	53	6
IMC 30-35	42	9
IMC 35-40	18	3
IMC 40-45	13	0
IMC +45	1	1

El resultado del estudio fue  $\chi^2 0'146$  p 0'493 sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados.

### Conclusiones:

Ni el IMC preoperatorio ni el IMC conseguido tras la gastrectomía vertical son factores de riesgo en nuestra serie para desarrollar reflujo gastroesofágico de novo en 5 años de seguimiento. Debemos de analizar otros factores predisponentes como una adecuada técnica quirúrgica, padecer Diabetes mellitus, hernia de hiato o la presencia de algún grado de esofagitis para poder evitar la aparición de reflujo gastroesofágico de novo tras gastrectomía vertical.

P-14

## Cirugía bariátrica en dos tiempos en paciente con síndrome de loeys dietz

**Marta Rojas Estevez, Alberto Díaz García, Rajesh Haresh Gianchandani Moorjani, Vanesa Concepción Martín, Carmen Díaz López, Juan Manuel Sánchez González, Rafael Orti Rodríguez, María De Armas Conde, Enrique Moneva Arce, Manuel Ángel Barrera Gómez.**

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

**Objetivos:** El bypass gastroyeyunal en Y de Roux es uno de los tratamientos quirúrgicos más efectivos para bajar de peso en la obesidad; pero en un determinado grupo de pacientes (que presentan comorbilidades o superobesidad entre otros) la morbimortalidad puede verse aumentada con esta técnica. Por ello, puede estar indicada la cirugía bariátrica en dos tiempos, en primer lugar, una gastrectomía vertical y, posteriormente, un bypass gástrico en Y de Roux.

**Material y métodos:** Mujer de 26 años con IMC de 59,73, que presenta como antecedentes de interés SAHS grave y síndrome de Loey's Dietz. El síndrome de Loey's Dietz es un trastorno genético que afecta al tejido conectivo, especialmente de los sistemas cardiovascular, cutáneo, musculoesquelético y gastrointestinal. Este síndrome presenta entre sus características dilatación y tortuosidad vascular, alteraciones esqueléticas, dificultad en la cicatrización, malformaciones faciales,... Ante la complejidad de la patología asociada (riesgo de dehiscencia de sutura, posibilidad de alteración vascular,...) y el IMC que presentaba, se lleva el caso al Comité multidisciplinar de obesidad y se decide realizar cirugía bariátrica en dos tiempos, iniciando con una gastrectomía vertical y, según los resultados y la evolución, un bypass gastroyeyunal después.

**Resultados:** A los 9 meses de la gastrectomía, la paciente había perdido casi 55 kg de peso, presentando un IMC de 40, con buena tolerancia oral y correcta cicatrización. Por ello, se decidió continuar con la conversión a bypass gastroyeyunal laparoscópico. A los 4 meses de la segunda cirugía, la paciente presentaba un IMC de 31,8, con correcta tolerancia y sin complicaciones.

**Conclusiones:** La gastrectomía vertical como intervención inicial, previo al bypass gástrico, en pacientes complejos de alto riesgo puede permitir una disminución de las complicaciones y, por consiguiente, una mejoría de los resultados posteriores.

P-15

## EFECTOS DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA POBLACIÓN CON OBESIDAD EXTREMA, ¿SON REALMENTE DESFAVORABLES?

**María Arteaga Ledesma, Mónica Mogollón González, Jennifer Triguero Cabrera, Cristina Plata Illescas, Jesús María Villar Del Moral, María Jesús Álvarez Martín. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.**

**Objetivos:** Evaluar el impacto que ha tenido la pandemia COVID19 (PC19) en el seguimiento y evolución ponderal de los pacientes con obesidad mórbida extrema (OME).

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluye pacientes con OME (IMC  $\geq$  60 kg/m<sup>2</sup>) incorporados, según protocolo de nuestro centro, a terapia puente con balón intragástrico (BIG), entre Julio de 2019-Septiembre de 2020. En protocolo, los pacientes mantienen el BIG 6-9 meses, programando la intervención quirúrgica 3-4 meses tras su retirada. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 18 pacientes, 12 mujeres (66,6%) y 6 hombres (33,3%), con una mediana de edad de 43 (33-49) años.

El IMC inicial de los pacientes fue de 65,6 (rango 59,9-71,3) Kg/m<sup>2</sup>. Tras la colocación del BIG, que portaron una mediana de 9 (5,7-12,2) meses, se logró un descenso hasta los 57,4 (54,1-63) Kg/m<sup>2</sup>. En 3 pacientes (16,6%) se retiró de forma anticipada por intolerancia oral asociada. El porcentaje total de peso perdido (PPTP) con la colocación del BIG fue del 10,1% (7,1-14,3); sin embargo, 4 pacientes (22,2%) mantuvieron un IMC  $\geq$  60 Kg/m<sup>2</sup>. Resultados similares respecto a la pérdida ponderal se obtuvieron en pacientes candidatos pre-pandemia, con un IMC inicial de 63,5(61,2-65,7) Kg/m<sup>2</sup> y una reducción del peso del 11,6% (9,9-15,7) logrando un IMC tras su retirada de 54,5 (50,4-58,6) Kg/m<sup>2</sup>.

Tras la retirada del BIG, y debido a la situación surgida por la PC19, la mediana de tiempo hasta la reevaluación de los pacientes fue de 9,7(3,7-14) meses. Durante este período de tiempo de espera, 7 pacientes (38,9%) se mantuvieron estables en el peso perdido y 11 pacientes (61,1%) asociaron una reganancia ponderal del 8,5% (3,5-12,6).

Los 7 pacientes que mantuvieron la pérdida de peso conseguida, se sometieron a una gastrectomía vertical laparoscópica. La mediana de tiempo hasta la intervención fue de 6,5(5,2-16,7) meses. El PPTP al mes, 3<sup>o</sup>mes, 6<sup>o</sup>mes y 1<sup>o</sup>año tras la cirugía fue de: 10,4% (7,7-15); 18,3% (10,5-56); 25% (21-27) y 33,4% (28-35), respectivamente.

Los otros 11 pacientes, debido a la reganancia ponderal que asociaron, se han mantenido bajo seguimiento estrecho: 5 (41,7%) por el equipo nutricional y 7(58,3%) por este mismo grupo con asistencia, además, a las sesiones de apoyo preoperatorio. En 8 casos (72,7%) se ha asociado terapia con agonistas GLP1 al tratamiento. La mediana de IMC de este grupo fue de 63,2 (56,5-72,8)Kg/m<sup>2</sup>, con un valor máximo de 78,8Kg/m<sup>2</sup>.

### CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra que la PC19 se asocia con una pérdida de seguimiento de los pacientes con OME y consecuentemente con una reganancia ponderal en los mismos, pese al empleo de BIG como terapia de optimización preoperatoria.

Las consecuencias de este aumento ponderal unidas al difícil manejo de los pacientes con OME exigen la creación de nuevas estrategias que permitan intensificar el seguimiento y priorizar el tratamiento de estos pacientes, para así mejorar los resultados y disminuir, por tanto, los costes asociados.



P  
C  
1  
9

P-16

## Análisis de comorbilidades y parámetros metabólicos tras gastrectomía tubular

**Sofía E. Sánchez De Toca Gómez, Diego Córdova García, Patricia Urbón Sánchez, Rosario San Román Romanillos, Félix Mañes Jiménez, Pilar Laguna Hernández, Ricardo Alvarado Hurtado, Raúl Diaz Pedrero, Tomás Ratia Giménez, Alberto Gutierrez Calvo.**

**Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España.**

**Introducción:** El síndrome metabólico es un conjunto de comorbilidades que aumenta el riesgo cardiovascular y reduce la esperanza de vida. Junto a la apnea del sueño está muy relacionado con la obesidad. Reduciendo el peso de estos pacientes, mejoran o desaparecen estas comorbilidades, disminuyendo por tanto el riesgo cardiovascular y aumentando la esperanza de vida de estos pacientes.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión de los pacientes intervenidos de gastrectomía tubular desde enero de 2017 hasta diciembre de 2020. Se recogieron datos generales de los pacientes (sexo, edad, fecha de la intervención), información prequirúrgica como IMC, Diabetes mellitus, HTA, dislipemia y SAHS y estos mismos datos al año de la intervención. Todos los datos fueron almacenados y analizados por medio de Microsoft Excel 2020.

**Resultados:** Un total de 64 pacientes fueron intervenidos de gastrectomía tubular entre las fechas mencionadas.

La media de IMC previo a la intervención fue de 45. Al año de la intervención la media de IMC fue de 30, de lo que se deduce una pérdida importante de peso tras la cirugía. Un 40% de los pacientes eran diabéticos antes de la intervención. Al año el 96% no necesitaban medicación para la diabetes, manteniendo una glucemia basal menor a 120 y una hemoglobina glicada menor de 6.

Un 47% de los pacientes eran dislipémicos antes de la cirugía. Al año, el 66% de los pacientes no precisaban tratamiento, con buenos controles de colesterol y triglicéridos.

Finalmente, el 50% de nuestra muestra presentaban diagnóstico de SAHS antes de la intervención. Al año de la cirugía, el 75%, necesitaban menos la CPAP o habían dejado de usarla.

Del total de los pacientes, 34 pacientes (53%) eran hipertensos en el momento de la cirugía. Tras esta, el 41% de los pacientes hipertensos no precisaban de tratamiento para el control de la tensión y un 17% pudieron reducir su tratamiento al uso de un único fármaco.

**Conclusión:** En nuestra muestra, la reducción de peso tras una gastrectomía tubular mejora las comorbilidades en un porcentaje muy alto, llegando incluso a la curación de, por ejemplo, la diabetes.

	Antes de la intervención	Al año
DM	40%	96% de curación
DL	47%	66% de curación
SAOS	50%	75% de mejoría
HTA	53%	41% de curación

*Tabla 1. Mejoría de las comorbilidades al año de la gastrectomía tubular*

P-17

## Cirugía bariátrica en un hospital de tercer nivel

**Félix Mañes Jiménez, Diego Córdova García, María Rosario San Roman Romanillos, Sofía Sanchez De Toca Gómez, Patricia Urbón Sanchez, Pilar Laguna Hernandez, Sonia Soto Schütte, Marta Bru Apiricio, Yousef Allaoua Moussaoui, Alberto Gutierrez Calvo.**

**Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España.**

**Objetivos:** Realizar un análisis retrospectivo del número de pacientes operados de cirugía bariátrica, así como del tipo de cirugía en los últimos 18 años en nuestro centro.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo con análisis estadístico para obtención de media y mediana a partir de una base de datos realizada sobre todos los pacientes operados por laparoscopia y por primera vez desde enero de 2002 hasta diciembre de 2020 en nuestro centro; analizando edad, sexo y tipo de cirugía realizada.

**Resultados:** Se ha realizado un total de 507 cirugías bariátricas por laparoscopia en el periodo comprendido desde enero de 2002 hasta diciembre de 2020. La media de edad de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica fue de 46,2 con una mediana de 46; con un rango que va desde los 20 años hasta un máximo de 66 años. Gran parte de los pacientes fueron mujeres con un total de 386 pacientes, suponiendo un 76,1% del total; los varones fueron 121 siendo un 23,9% del total. En cuanto a la cirugía se ha seleccionado los pacientes operados de bypass gástrico o gastrectomía tubular por laparoscopia. Se han sacado de la serie los pacientes intervenidos por cirugía abierta. Un total de 242 pacientes han sido operados de gastrectomía tubular, siendo estos un 47,8 % del total de los pacientes. En un total de 265 pacientes han sido operados mediante bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux, siendo estos un 52,2% del total de los pacientes operados. En cuanto al análisis filtrado por tipo de cirugía que se ha realizado, los resultados son los siguientes: del total de las gastrectomías tubulares realizadas la edad media fue de 45,5 años siendo 200 mujeres frente a 42 hombres. Por otra parte del total de bypass gástrico la edad media es ligeramente superior a la gastrectomía tubular con 47,2 años de media, siendo 208 mujeres y 57 hombres.

**Conclusión:** En nuestro centro de 3 nivel la cirugía bariátrica supone una práctica clínica relativamente habitual. Previo a la intervención se hace un estudio y una valoración integral y multidisciplinar del paciente para conseguir una individualización del mismo y fomentar la adherencia terapéutica, así como un seguimiento posterior. En nuestro caso como primera técnica quirúrgica realizamos el bypass gástrico y la gastrectomía tubular. En cuanto a que técnica elegir se tienen en cuenta las comorbilidades del paciente, la existencia o no de reflujo gastroesofágico clínico, así como la opinión del propio paciente. Analizando los resultados se puede extraer que ambas cirugías se han realizado en un número muy similar de pacientes. En cuanto al sexo se concluye que existe una mayor tendencia a realizarse cirugía bariátrica en pacientes mujeres frente a los hombres

P-18

## Caso clínico: perforación intestinal por divertículo de meckel a nivel del pie de asa de un bypass gástrico

**María José Palacios Fanlo, Miguel Gasós García, Javier Lagos Lizan, Jose Martinez Guillén, Daniel Otero Romero, Rubén Carramiñana Nuñez, Laura Medina Mora, María Del Mar Soriano Liébana, Noelia Lete Aguirre.**  
**Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.**

**Introducción:** La obesidad sigue siendo un problema de salud pública mundial. A pesar de que se han desarrollado multitud de estrategias conservadoras para hacerle frente, la cirugía bariátrica y metabólica sigue siendo una alternativa segura y eficaz, que está experimentando un crecimiento exponencial (1). Han surgido muchas preguntas sobre la efectividad y seguridad de la CMB en estudios de seguimiento a largo plazo que demuestran que todos los procedimientos pueden tener una determinada tasa de fracaso. Es en estos pacientes donde se plantea realizar una cirugía bariátrica de revisión (CBR) (1). La CBR es un campo complejo en la cirugía bariátrica incluso en manos expertas y la evaluación del segundo procedimiento del que se beneficiará el paciente en muchas ocasiones es difícil de determinar (2).

**Cuadro clínico:** Paciente mujer de 70 años con antecedentes médicos de obesidad y mastitis, operada de un bypass gástrico en 2006 que acude a urgencias el 23/09/2022 por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo que asocia náuseas sin vómitos ni fiebre. Tras cese del dolor con nolutil administrado en urgencias, y analítica sanguínea sin alteraciones significativas se decide dar de alta a la paciente, que vuelve a urgencias al cabo de las horas por aumento del dolor abdominal. Por sus antecedentes quirúrgicos y ante la persistencia del dolor, se decide realizar un TAC abdominal donde se visualizan hallazgos radiológicos compatibles con hernia interna a nivel mesogástrico con dilatación de varias asas intestinales y sufrimiento de alguna de ellas. La paciente es intervenida con carácter de urgencia y mediante acceso laparotómico el día 24/09/2022 hallando una peritonitis aguda difusa secundaria a un divertículo de Meckel perforado cuya base asienta en el pie de asa del bypass gástrico. Además, se visualiza ojal mesentérico abierto que condiciona una hernia interna no oclusiva. Se realiza adhesiolisis hasta poder visualizar con exactitud las medidas del bypass gástrico (asa alimentaria de 3m y asa biliopancreática de 1m). Se realiza resección del divertículo con EndoGia carga dorada de 60 mm y se invagina con vicryl. Se reduce el contenido herniado y se cierra el ojal mesentérico con seda de 3/0. Se realiza lavado abundante de la cavidad abdominal y se colocan 2 drenajes Blake nº 15, uno subhepático/perietocólico derecho y otro en espacio de Douglas. Cierre de la pared abdominal con PDS Loop. El postoperatorio transcurre con buen control del dolor, correcta reintroducción de la tolerancia oral y retirada progresiva de drenajes abdominales. Se realiza tratamiento antibiótico intravenoso con Meropenem durante 7 días. El cultivo del líquido peritoneal es positivo para *E. coli* y *Providencia* pansensibles. Se da de alta a la paciente el 1/10 del 2022 tras 8 días de ingreso

**Conclusiones:** El crecimiento de la cirugía bariátrica durante las últimas décadas conlleva que algunos pacientes tengan que someterse a cirugía bariátrica de revisión por algún problema derivado de la cirugía bariátrica primaria. Se necesitan estudios de seguimiento a largo plazo para poder dar recomendaciones e indicaciones acerca de la cirugía bariátrica de revisión.

P-19

## Gist gástrico incidental y cirugía bariátrica: la importancia de dominar diferentes técnicas

Juan Carlos Navarro Duarte<sup>1</sup>, Cristina García Zamora<sup>1</sup>, Victor Soriano Giménez<sup>1</sup>, Miguel González Valverde<sup>2</sup>, Maria Encarnacion Tamayo Rodriguez<sup>2</sup>, Sergio Del Valle Ruiz<sup>2</sup>, Paloma Victoria Hidalgo Pérez<sup>1</sup>, Maria Angeles Mayol Villescás<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>H.U. Rafael Méndez, Lorca, España; <sup>2</sup>C.H.U Reina Sofía, Murcia, España.

**Introducción y Objetivo:** En la última década se ha producido un aumento de los procedimientos para el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Durante la cirugía bariátrica (CB), en un 2% de los casos se hallan de forma incidental tumores que pueden hacer modificar la técnica quirúrgica elegida y por supuesto, el pronóstico del paciente. Presentamos el caso de una mujer con obesidad mórbida que es propuesta para CB hallando una tumoración de forma incidental a nivel de curvatura mayor gástrica.

**Caso clínico:** Paciente de 55 años hipertensa, dislipemia y diabética II, con IMC de 40. Tras completar seguimiento y tratamiento por parte de Endocrinología y Nutrición siendo candidata a CB tras estudio preoperatorio completo. Se realizó ecografía abdominal y endoscopia digestiva alta (EDA) cuyos hallazgos entraban dentro de la normalidad. Se interviene con el objetivo de realizar un bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico, hallando tumoración de aspecto quístico blanquecino a nivel de cara posterior externa de fundus gástrico. Se realiza también una citología de líquido ascítico que es negativo para células neoplásicas. Ante los hallazgos, se decide convertir la técnica a una gastrectomía vertical laparoscópica, realizándose sin incidencias y con márgenes de seguridad, la evolución fue favorable y el resultado histopatológico fue de: Tumor del estroma gastrointestinal (GIST), G1, pT1 con márgenes quirúrgicos libres.

**Discusión:** Los GIST son un tipo de tumores que pueden ser diagnosticados durante la CB. Suponen el 1% de las neoplasias del tracto gastrointestinal, siendo los más comunes los sarcomas. La incidencia en la población con obesidad mórbida propuesta para CB es más elevada que en la población general. Por un lado, estos pacientes completan un protocolo exhaustivo de exploraciones complementarias incluyendo la EDA. Además, durante la CB, sobre todo en la gastrectomía vertical, se realiza una exploración de ambas caras gástricas. A esto se suma, que algunas técnicas de CB conllevan la exéresis de parte del estómago y su análisis histopatológico posterior. La mayoría se localizan en el estómago y, solo un 25% lo hacen en el intestino delgado. La localización del tumor va a condicionar la técnica de CB elegida y su seguimiento posterior con EDA y TAC. Con presentación y seguimiento en comité multidisciplinar.

**Conclusión:** El cirujano bariátrico tiene que conocer el diagnóstico y tratamiento de la patología tumoral gástrica, en concreto de los GIST. El diagnóstico está relacionado con la calidad de los estudios preoperatorios y de la inspección en el acto quirúrgico, así como de la meticulosidad del análisis histopatológico. Además, es de suma importancia el dominar varias técnicas quirúrgicas en la CB, dado el hallazgo incidental de esta patología y su necesidad de cambio de estrategia intraoperatoria como en el caso descrito.

P-20

## Trombosis del eje portoesplenomesentérico asociado a la cirugía bariátrica

**Rosa González Martín, Alberto García Picazo, Victoria Carmona Gómez, Silvia Fernández Noel, Viviana Vega Novillo, Mercedes Bernaldo De Quirós, Pilar Gómez Rodríguez, Ana Pérez Zapata, Elías Rodríguez Cuéllar, Eduardo Ferrero Herrero.**

**Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.**

**Introducción:** La trombosis portal es una complicación rara en cirugía bariátrica descrita en 2004 (Swartz DE, 2004), la incidencia oscila en torno a 0.3-1% (Li Lou, 2021) y puede llegar a ser fatal en contexto de presentar isquemia intestinal asociada o desarrollar posteriormente hipertensión portal.

Los factores de riesgo teóricos son la cirugía laparoscópica, la posición de antitrendelemburg, el exceso de neumoperitoneo >15mmHg al inicio de la cirugía, estados protrombóticos previos, tiempo de tromboprofilaxis posterior. Se asocia más frecuentemente a la gastrectomía vertical (0.4) que al bypass gástrico en Y de Roux (0.1)

Clínicamente es inespecífico en la mayor parte de los casos, por lo que requiere alto índice de sospecha. Aparece entre 1-4 semanas tras la cirugía. La mayoría de los casos se resuelven de forma no operatoria.

### CASO 1.

Varón de 38 años intervenido de Gastrectomía vertical 3 meses antes, en otro centro. Acude a consulta de cirugía de la obesidad para establecer seguimiento, tras la aparición de dolor abdominal hipo-mesogástrico, inmediatamente tras la ingesta, con sensación de plenitud progresiva desde la cirugía. Los análisis del laboratorio ni el tránsito gastrointestinal muestran alteraciones relevantes. La TC abdominal que muestra un defecto de replección intraluminal de la vena porta compatible con trombo mural oclusivo parcial. Ausencia de relleno en la vena mesentérica superior compatible con trombosis de dicha vena y discreta esplenomegalia.

Ante estos hallazgos se realiza un estudio de trombofilia: mutaciones trombogénicas negativas, únicamente se había administrado vacuna COVID 19 con Astrazeneca un mes posterior a la cirugía. Se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular 130mg/12h y posteriormente apixabán.

El paciente es seguido en consultas de enfermedad tromboembólica y se completa el estudio con gastroscopia con evidencia de una dudosa variz esofágica y Doppler hepático donde aparecen datos de hipertensión portal. Tras 6 meses, se objetiva recanalización de la porta en TC de seguimiento, aunque se mantiene trombosis crónica con atrofia de la vena mesentérica superior con datos de circulación colateral con varices peripancreáticas.

### CASO 2.

Paciente varón de 38 años, intervenido fuera de España de cirugía bariátrica, desconocía la técnica unas semanas antes. Acude a urgencias por dolor abdominal intenso, taquicardia sin hipotensión, leucocitosis y elevación de proteína C reactiva 14.37, coagulopatía 68%.

Se realiza TAC abdominal urgente: hallazgos sugestivos de gastrectomía vertical, con aumento de partes blandas compatible con hematoma. Posteriormente se informa verbalmente de trombosis de todo el eje portoesplenomesentérico por lo que se decide ingreso donde se inicia anticoagulación. El paciente solicita alta voluntaria y acepta seguimiento en consultas de enfermedad tromboembólica, aunque no acude a las mismas.

**Conclusión:** La trombosis del eje esplenomesentérico, es una complicación rara de la cirugía de la obesidad, especialmente a la gastrectomía vertical, aunque los factores de riesgo específicos asociados no están claros, debemos tener en cuenta esta complicación ante el paciente que acude a urgencias tras esta cirugía, especialmente cuando se realiza en centros no debidamente acreditados, pero también durante el seguimiento postoperatorio manteniendo el índice de sospecha.

P-21

## “Análisis de la evolución de la patología psiquiátrica y calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica-metabólica en hufa”

Natalia Gijón Herreros<sup>1</sup>, María Del Carmen Porras Muñoz<sup>2</sup>, Anna Grzanka<sup>1</sup>, Laura Fernández Téllez<sup>1</sup>, Andrea Alejandra Rodríguez Esteve<sup>1</sup>, Tamara Brunete Jiménez<sup>1</sup>, Sara García Zamorano<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España; <sup>2</sup>Hospital Universitario fundación alcorcón, Alcorcón, Madrid, España.

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico de la obesidad busca corregir tanto este problema como las enfermedades asociadas. Otro aspecto importante es mejorar la calidad de vida y el equilibrio psicológico del paciente. La asociación entre obesidad, enfermedad psiquiátrica y adicciones está demostrada, en unas ocasiones como causa y en otras como consecuencia. Algunos trabajos analizan estos aspectos, pero parcialmente, están realizados por cirujanos o incluyen un número pequeño de pacientes.

**Objetivos:** En 2021 se creó el Comité Multidisciplinar de Cirugía Bariátrica-Metabólica e implantó un nuevo protocolo asistencial.

Nuestro objetivo fue analizar desde entonces :

1º La prevalencia de patología psiquiátrica en los pacientes operados de CBM

2º La prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y fármacos psicótropos antes y después de la CBM

3º La calidad de vida del paciente tras la CBM en términos de percepción subjetiva

4º La incorporación al mercado laboral tras la CBM

**Material y métodos:** Se incluyeron los pacientes operados desde el 1/4/ 2021 hasta el 30/09/ 2022 (N=64 ). De la Historia Clínica se recogieron los siguientes datos preoperatorios:

Patología psiquiátrica (con IC 95%)

Consumo de alcohol, tabaco y fármacos psicótropos (Test Fisher)

El Sº de Anestesia contactó con ellos telefónicamente a partir de 3-4 meses post CBM solicitando su consentimiento verbal para:

1º Encuesta telefónica: sobre calidad de vida, situación laboral, consumo de OH y tabaco y tratamientos psicótropos

2º Los pacientes con diagnóstico de ansiedad / depresión pre o tras la CB, recibieron una encuesta de valoración ( STA I y/o BDI).

**Resultados:** Se excluyeron 6 pacientes analizándose solo 58. Los resultados fueron:

Prevalencia pg psiquiátrica: 36,2% (IC 95%: 0,48-0,23). El diagnóstico principal fue s. ansioso-depresivo (leve/moderado postCBM)

Calidad de vida subjetiva: 91,37% experimentaron una mejoría postCBM (IC 95% :0,980,84)

Tabaquismo pre: 15,5% y post 12% ( p 0,18)

Consumo OH pre: 18,9% y post 10,3% (p 0,09)

Consumo fármacos psicótropos pre: 39,6% post: 34,4% (p 0,129) con un 8,6% nuevos post CBM

Incorporación actividad laboral 60,34% (IC 95%: 0,70,4)

**Conclusiones:** En nuestra área más de 1/3 de los pacientes sometidos a CBM presentan algún tipo de patología psiquiátrica, un 40% con tratamiento. Pese a que la mayoría de los pacientes refieren que subjetivamente su calidad de vida es mejor tras los primeros meses de la CB, hasta un 8,6% necesitan “de novo” medicación psicótropa. Aunque tanto el consumo de psicótropos, alcohol y tabaco se reducen es NS debido al pequeño tamaño muestral. Esto nos induce a pensar que pese a mejorar necesitarían seguimiento/tto. a largo plazo. Un 60% se han incorporado al mercado laboral.

P-22

## Estudio de la enfermedad por reflujo gastroesofágico tras el bypass gástrico

**Ana Tomás Martínez, Juan Pérez Legaz, José Antonio Bravo Hernández, Gema Giner Merino, Beatriz Remezal Serrano, Pilar Serrano Paz.**  
**Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, Elche, España.**

**Objetivo:** La obesidad es uno de los principales factores implicados en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Más del 36% de los pacientes intervenidos de una cirugía bariátrica presentan sintomatología preoperatoria. El bypass gástrico es una de las técnicas más efectivas para tratar de manera simultánea el ERGE y la obesidad mejorando de manera significativa la clínica de ERGE. La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) empeora la sintomatología de la ERGE con una tendencia progresiva con los años de seguimiento.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen 23 pacientes intervenidos de bypass gástrico (BGY) entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2022 en nuestro centro.

**Resultados:** Cinco casos (3 mujeres y 2 hombres) de los veintitrés pacientes habían sido diagnosticados de ERGE previamente a ser intervenidos de bypass gástrico. Esto supone una incidencia de ERGE preoperatoria del 21,74% en nuestro estudio. El 100% de los casos refirió mejoría de la clínica del reflujo tras el BGY, permaneciendo asintomáticos a día de hoy. Anteriormente, dos pacientes habían sido intervenidos de GVL. Ambos empezaron con clínica de reflujo gastroesofágico posterior a la gastrectomía, optando por una cirugía de revisión tras el fracaso del manejo conservador. En los dos casos se obtuvo una mejoría completa de los síntomas. El tiempo medio transcurrido desde la operación hasta la desaparición de la sintomatología fue de 3 meses. Existen estudios donde se ha observado un incremento del reflujo gastroesofágico en el seguimiento de los pacientes intervenidos de GVL. Parece deberse principalmente a cambios anatómicos sumado al aumento en la presión intragástrica y las posibles alteraciones del vaciamiento gástrico. Otros estudios describen una disminución significativa en la sintomatología de ERGE hasta 2 años después de la cirugía independiente del tipo de técnica realizada.

**Conclusiones:** La ERGE es una enfermedad directamente relacionada con la obesidad. La GVL es uno de los procedimientos más populares, siendo seguro y eficiente. Sin embargo, a pesar de todas sus características favorables, existe una creciente evidencia en la literatura de que aumenta la incidencia a largo plazo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). El bypass gástrico ha resultado ser una técnica eficaz para la mejoría de los síntomas derivados de la ERGE.

P-23

## Frecuencia de adiposidad y obesidad sarcopénica en pacientes con indicación de Cirugía Bariátrica valorados en una Unidad Multidisciplinar de Obesidad y Cirugía Bariátrica (UOCB)

Paula Garcia-Sancho<sup>1</sup>, Aida Vasquez<sup>1</sup>, Gemma Francisco<sup>2</sup>, Christian Munné<sup>2</sup>, Irela Lopez<sup>2</sup>, Sara Torrejón<sup>2</sup>, Maria Lecha<sup>2</sup>, Mercè Albareda<sup>2</sup>, Liubov Adrover<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Complex Hospitalari Moises Broggi, sant joan despi, España; <sup>2</sup>Complex Hospitalari Moises Broggi, Sant Joan Despi, España.

**Objetivo:** La obesidad se define como un exceso de grasa corporal total (MGT) evaluado por estudio de composición corporal (ECC) aunque actualmente se sigue utilizando el Índice de Masa Corporal (IMC) como herramienta de cribado y diagnóstico.

La obesidad sarcopénica (OS) es una enfermedad cada vez más reconocida por su impacto negativo en la calidad del paciente. Su escaso diagnóstico se debe a la ausencia de consenso en su definición y diagnóstico a nivel universal. Ello conlleva a datos heterogéneos de prevalencia y ausencia de programas de prevención y tratamiento. Publicaciones recientes y consensos de expertos definen OS como la coexistencia de exceso de MGT y baja masa muscular o baja funcionalidad determinados por ECC y test funcionales, calculando la baja masa muscular de forma diferente a los estudios publicados hasta la actualidad centrados en sarcopenia. Nuestro objetivo fue estudiar la frecuencia de adiposidad y la prevalencia de OS en una población con obesidad e indicación de CB según los criterios diagnósticos recomendados por los expertos.

**Diseño:** Estudio observacional transversal de pacientes de la UOCB con ECC por densitometría energía dual (DXA) entre noviembre 2021 y febrero 2023, previo a CB.

**Material y métodos:** Se estudiaron las características basales (sexo, edad, IMC y puntuación en escala Edmonton (EOSS)). Se registró la MGT (%; media +/- DE), considerando exceso MGT > 25% en varones y > 33% en mujeres. Se registró la OS mediante los índices: Masa magra apendicular/peso (IMMAP, %) y MMA/talla<sup>2</sup> (IMMAT, kg/m<sup>2</sup>; media +/- DE), considerando OS < 28,3% en varones y < 23,4% en mujeres o valores < 7.0 kg/m<sup>2</sup> en varones y < 5.5 kg/m<sup>2</sup> en mujeres.

**Resultados:** Características basales: N = 91 (70.3% mujeres). Edad 48.2 +/- 9.3 años, IMC máximo 46.2 +/- 5.2kg/m<sup>2</sup> y EOSS mediana 2 (IC 1.71-1.99) puntos.

Adiposidad: MGT en hombres 38.4 +/-1.39% y en mujeres 46.8 +/- 0.93%. Todos los varones (100%) y 62 de 63 mujeres (98.4%) presentaron un exceso de MGT.

Obesidad Sarcopénica: Valores de IMMAP y IMMAT en hombres de 29.1 +/-4.0% y de 11,4 +/- 1.99Kg/m<sup>2</sup>, y en mujeres de 25.3 +/- 4.2% y 9.64 +/- 1.38 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente.

10 varones (37%) y 24 mujeres (37,5%) presentaron OS según valores de IMMAP y ningún paciente presentó OS según valores de IMMAT.

**Conclusiones:** Las características basales y de adiposidad de nuestra población son los esperables según estudios similares. La prevalencia de OS según el parámetro evaluado muestra resultados muy dispares, con una prevalencia considerable si tenemos en cuenta el IMMAP.

En resumen, el diagnóstico de adiposidad mediante ECC por DEXA es útil para abordaje del paciente con obesidad e indicación de CB. El diagnóstico de OS mediante ECC es mayor con IMMAP, recomendado por ESPEN y EASO en 2022, respecto a IMMAT, recomendado por EWGSOP2 en 201. Estos resultados dan lugar a muestran un significado incierto en la actualidad, pero de gran importancia en la práctica clínica. Además, es importante que los estudios de OS se complementen con estudios funcionales.

P-24

## Experiencia inicial en la puesta en marcha de un programa de cirugía robótica bariátrica

**Laura Gomez Lanz, Jorge De Tomas Palacios, Jose Maria Monturiol Jalon, Maria Tudela Lerma, Miguel Angel Steiner.**  
**Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.**

**Objetivos:** Analizar la experiencia inicial en el programa de cirugía bariátrica robótica de un hospital de tercer nivel.

Identificar los puntos clave y los pasos críticos que facilitan o dificultan la técnica, para conseguir estandarizarla

**Material y métodos:** Se estudian los casos realizados, 8 Gastrectomias verticales, analizando la duración del procedimiento, tiempo de ingreso, complicaciones intraoperatorias, complicaciones postquirúrgicas, material utilizado y pasos clave durante el procedimiento.

**Resultados:** No se ha tenido que reconvertir a laparoscopia ningún caso. La duración media del procedimiento ha sido de 116 min (80-180 min). El procedimiento más largo (180min) se prolongó al realizar una sutura de refuerzo del grapado. La duración del ingreso fue de 48/72h.

	EDAD	IMC	TIEMPO QCO	DUR. INGRESO	NAUSEAS POSTQC	DOLOR	ANTECEDENTES PERSONALES/QX	TÉCNICA
C 1	61	41	100m	2 días	No	NO	HTA, hipotiro/cesárea, tiroid	VERTICAL
C 2	46	45	100m	2 días	SI	SI	DM, HTA, DL/LTB, cesárea	VERTICAL
C 3	57	40	115m	2 días	No	NO	DM, depresión/NO	VERTICAL
C4	59	49	180m refu vlock	3 días	SI	SI	HTA, DL,NASH/cesár	VERTICAL
C 5	61	50	115m	2 días	No	NO	SAHS, DL/atrosco rod	VERTICAL
C 6	59	46	80m	2 días	No	SI	HTA, DM, hiperur/cole lap	VERTICAL
C 7	58	41	120m	3 días	SI	NO	HTA, fumadora, ansied/ histerect	VERTICAL
C 8	38	53	120m	3 dias	No	NO	NO/NO	VERTICAL

**Conclusiones:** El programa de cirugía bariátrica robótica, se inicia en diciembre del 2022, y hasta la fecha hemos realizado 8 procedimientos. Todos los procedimientos han sido realizados por el mismo equipo quirúrgico. Esto nos ha permitido estandarizar el procedimiento, mejorando en cada caso, distintos aspectos, como la colocación de los trócares, colocación adecuada de los brazos del robot, uso de trocares auxiliares y colocación, material utilizado,...

De esta experiencia inicial, nos gustaría destacar una serie de puntos que facilitan la realización del procedimiento:

- colocación de trocares de brazos robóticos por debajo de la línea umbilical, con especial atención a la colocación del 3 y 4 que frecuentemente interfieren entre ellos durante el procedimiento.
- Uso de un trocar accesorio colocado en 1 y 2 brazo robotico 2-3 cm por encima del ombligo que permita el uso de aspirador, gasas y pinza de tracción si se precisa
- Uso de separador hepático adecuado, en nuestro caso al no disponer de separador de Nathanson anclado a la mesa, nos hemos visto obligados a encontrar la posición más adecuada entre los brazos 2 y 3, para un retractor hepático laparoscópico, con riesgo de lesión de la superficie hepática si es golpeado por los brazos del robot.
- Escoger los instrumentos adecuados que aseguren una adecuada tracción sin lesionar las estructuras.
- Adaptarse a la funcionalidad de la cámara robótica

Esta corta experiencia, nos ha permitido identificar los puntos clave y aquellas maniobras que facilitan el procedimiento.

Destacamos la necesidad de colaboración entre los miembros del equipo y la estandarización de los pasos y material utilizado

P-25

## Gastritis autoinmune: importancia de la edad preoperatoria para la elección de la técnica quirúrgica

**María Belén Agea Jiménez, María Encarnación Tamayo Rodríguez, Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz, Miguel Gonzalez Valverde, María Valero Soriano, María Isabel Jiménez Moreno, José María Rodríguez Lucas, Antonio Albarracín Marín Blázquez.**

**Hospital General Reina Sofía, MURCIA, España.**

**Introducción:** Existen dos tipos principales de gastritis atrófica: la asociada a infección por H. Pylori o gastritis tipo B y la gastritis autoinmune (GAI) o gastritis crónica atrófica tipo A.

**Caso clínico:** Mujer de 55 años, con antecedentes de HTA, DLP, Síndrome ansioso-depresivo, SAOS leve, Obesidad tipo II (IMC 39,1). Entre sus antecedentes quirúrgicos destaca prótesis total de cadera y litiasis renal con litotricia.

Paciente en circuito preoperatorio para cirugía programada de bypass gástrico, entre las exploraciones complementarias se realizan:

-Analítica, serología con VHA y VHC negativos. Vacunada frente a VHB con niveles protectores. Infección pasada de VEB y CMV; marcadores AFP, CEA y Ca 19.9 negativos.

- Ecografía abdominal: esteatosis moderada-severa con vesícula alitiásica.

-Gastroscopia: normal sin lesiones. Se toman biopsias de antro y cuerpo que informan de gastritis crónica intensa sin signos de actividad aguda con zonas de metaplasia intestinal sin displasia. H. Pylori (-).

Ante estos resultados se solicitan Ac anti-ATPasa y anti-Factor intrínseco que resultan positivos y negativos respectivamente.

La paciente es diagnosticada de gastritis autoinmune.

Ante estos hallazgos se decide cambio de técnica quirúrgica de bypass gástrico a gastrectomía vertical, siendo intervenida sin incidencias y con postoperatorio sin complicaciones.

Anatomía Patológica: gastritis crónica atrófica con metaplasia intestinal y metaplasia pseudopilórica.

IHQ: Tinción con Cromogranina (+focal) y con Gastrina (-) Con cromogranina se evidencia un tumor neuroendocrino incipiente en el contexto de una gastritis de probable origen autoinmune. Hiperplasia de células de tipo enterocromafine-like de tipo lineal y micro-nodular, que se considera un precursor de los tumores neuroendocrinos gástricos tipo 1.

**Discusión:** La prevalencia de la GAI se estima entre el 2-5%. Es más frecuente en mujeres (3:1) y más común en mayores de 50 años. Se caracteriza por la producción de Ac contra las células parietales y Ac anti factor intrínseco, bajo nivel de pepsinógeno I (PGI) con una baja relación PGI/PGII (<3) e hipergastrinemia.

Presentación clínica de amplio espectro que va desde pacientes asintomáticos a manifestaciones hematológicas: anemia ferropénica, anemia perniciosa; digestivas tipo dispepsia; neurológicas y psiquiátricas. Se asocia a otras enfermedades autoinmunes, fundamentalmente hipotiroidismo y diabetes tipo I.

El diagnóstico se considera bien establecido cuando existe una histología compatible, atrofia predominantemente del cuerpo y fondo gástrico, asociado a AACP y/o AAFI positivos.

El tratamiento se basa en suplementos de hierro y vitamina B12. Importante la erradicación de H. pylori, ya que podría curar estadíos iniciales de GAI.

**Conclusión:** La GAI es una entidad subdiagnosticada, requiere de una alta sospecha clínica. Es importante su diagnóstico y seguimiento endoscópico dado el riesgo incrementado de desarrollo de tumores neuroendocrinos tipo 1 y adenocarcinoma. Consideramos necesaria la EDA preoperatoria en pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica para determinar la técnica quirúrgica que nos permita la exploración y seguimiento de dicha patología.

P-26

## **Análisis lipídomico de carnitinas y disfunción mitocondrial en pacientes con obesidad mórbida y enfermedad del hígado graso no alcohólica candidatos a cirugía bariátrica**

**Marta Paris Sans, Elia Bartra Balcells, Margarida Vives Espelta, Fatima Sabench Pereferrer, Andrea Jimenez Franco, Helena Castañé, Cristian Martinez Navidad, Jordi Camps, Jorge Joven, Daniel Del Castillo Déjardin.**  
**Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.**

**Antecedentes y objetivos:** La enfermedad del hígado graso no alcohólica (EHGNA) es una pandemia global silenciosa que aumenta en paralelo con la obesidad. Este trastorno comienza con acumulación de grasa en el hígado y puede evolucionar a esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) que solo puede diagnosticarse mediante una biopsia hepática. En los hígados de pacientes con EHNA existe una disfunción mitocondrial, lo que deteriora el metabolismo de las células, impactando en su salud global. Las mitocondrias están estrechamente relacionadas con el metabolismo de los lípidos: las carnitinas apoyan el transporte de ácidos grasos a las mitocondrias para la beta-oxidación, por lo que su concentración puede verse afectada en el desarrollo de EHGNA y su progresión a EHNA. En el presente estudio valoramos la posibilidad de distinguir a los pacientes con EHNA de los pacientes sin este trastorno, midiendo las concentraciones de carnitinas tanto en plasma como en el hígado, y evaluar si puede haber una asociación entre estas especies moleculares y la disfunción mitocondrial.

**Método:** El estudio incluyó a 110 participantes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica. A partir de la biopsia hepática, se diagnosticó EHNA utilizando el NAFLD Activity Score (NAS). 51 pacientes fueron clasificados como No-EHNA, 49 pacientes como EHNA y 10 pacientes como EHNA incierto. Se realizaron análisis de lipídómica semidirigida para cuantificar las especies de carnitinas de muestras de hígado y plasma, y se usó Western Blot para semicuantificar proteínas del metabolismo de lípidos y mitofagia en muestras de hígado.

**Resultados y conclusión:** Las concentraciones hepáticas de la mayoría de las carnitinas estaban significativamente disminuidas en los pacientes con EHNA comparándolas con las de los pacientes sin EHNA. Asimismo, se observaron ligeras diferencias entre las concentraciones de carnitina en plasma en los diferentes grupos de pacientes. Sin embargo, las carnitinas no se pudieron utilizar como marcadores de esta enfermedad porque no eran lo suficientemente específicas. También se encontró que la beta-oxidación y las proteínas asociadas a la dinámica mitocondrial y la mitofagia se alteraron a medida que avanzaba la enfermedad

P-27

## “Patient Research Partners”: El valor de la experiencia del paciente en la investigación médica. ¿Qué nos estamos perdiendo los cirujanos bariátricos?

**Anna Trinidad Borrás, Marta Paris Sans, Margarida Vives Espelta, Elia Bartra Balcells, Esther Raga Carceller, Maria Alejandra Garcia, Nikolak Lobo, Stephanie Haupt, Fátima Sabench Pereferrer, Daniel Del Castillo Déjardin.**  
**Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.**

**Introducción:** Los Patient Research Partners (PRP) o Socios de Investigación son individuos que han experimentado una enfermedad o afección médica y trabajan como miembros del equipo de investigación para colaborar con investigadores y profesionales de la salud para mejorar la investigación. A través de su perspectiva única basada en su experiencia personal, los PRP pueden proporcionar información valiosa a los investigadores para ayudarles a diseñar estudios de investigación más efectivos y relevantes. También pueden ayudar a identificar y priorizar las necesidades de los pacientes, a desarrollar medidas de resultados que sean significativas para ellos y a comunicar los resultados de la investigación a la comunidad de pacientes.

La colaboración entre pacientes y profesionales de la salud en la investigación médica es una práctica relativamente nueva que se ha ido desarrollando en las últimas décadas. Los pacientes solían ser considerados como meros receptores de atención médica, pero cada vez más se reconoce el valor de su experiencia en la investigación y el tratamiento de enfermedades.

Nuestro propósito es saber si la comunidad de cirugía bariátrica y metabólica emplea PRPs en sus estudios.

**Material y métodos:** Realizamos una búsqueda sistemática en Pubmed de los 39 últimos estudios o ensayos randomizados publicados que se han realizado en el ámbito de la cirugía bariátrica y metabólica. De todos ellos, se descartaron 21 artículos. Los motivos fueron los siguientes: 19 por no estar relacionados con cirugía bariátrica, 1 por no estar randomizado y 1 por no poder acceder al texto completo.

**Resultados:** En total se revisaron 18 trabajos publicados entre octubre de 2022 hasta marzo de 2023. Aunque en todos los artículos publicados el paciente era el objeto estudiado, en ninguno de ellos emplearon un colaborador paciente como consultor.

**Conclusión:** Aunque los PRP han demostrado su validez e interés científico en estudios recientes, en ninguno de los recientes ensayos clínicos randomizados publicados en cirugía bariátrica se ha incorporado en la metodología del estudio. Así como en otras especialidades médicas, los cirujanos bariátricos deberíamos empezar a adaptar los PRPs en nuestra práctica investigadora.

P-28

## MANEJO CON TERAPIA DE VACÍO ENDOLUMINAL EN FÍSTULA ANASTOMÓTICA POST-BPGY. UNA ALTERNATIVA EFICAZ

**Marta Rojas Estevez, María De Armas Conde, Carmen Díaz López, Vanesa Concepción Martín, Rajesh Haresh Gianchandani Moorjani, Rafael Orti Rodríguez, Juan Manuel Sánchez González, Alberto Díaz García, Enrique Moneva Arce, Manuel Ángel Barrera Gómez.**  
**Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.**

**Introducción y objetivos:** La fuga de anastomosis en la cirugía bariátrica puede conllevar una alta morbi-mortalidad. Suele asociar un contexto de sepsis y presenta un reto para el tratamiento global del paciente. La terapia endoscópica de vacío endoluminal (EsoSponge®) es un procedimiento innovador que se presenta como alternativa eficaz en el tratamiento de fugas en cirugía esofagogástrica.

**Material y métodos:** Varón de 56 años, con un IMC de 33,5, intervenido en centro ajeno al nuestro de Bypass gastroyeyunal en Y de Roux transmesocólico, que acude a urgencias en 5º día postoperatorio, por dolor abdominal. Se realiza un TC donde se objetiva dehiscencia de sutura gastroyeyunal. Se interviene de forma urgente y se realiza sutura de la perforación. Ante la mala evolución, se realizó nuevo TC en el que describen burbujas aéreas adyacentes a sutura. Se reinterviene, y se realiza una resección de la anastomosis y confección de nueva anastomosis gastroyeyunal antecólica. Previo al inicio de la dieta via oral, se solicita nuevo TC objetivando pequeña fuga contenida asociada a una colección de 6 cm.

**Resultados:** Ante los hallazgos, se decide tratamiento de la fuga con la colocación por endoscopia de EsoSponge®. Durante el tratamiento con EsoSponge®, el orificio de fuga fue disminuyendo progresivamente, hasta la práctica resolución de la misma a los 15 días del inicio de la terapia, requiriendo tres recambios del dispositivo. Se realizó control posterior con TC donde se objetiva la desaparición de la fuga y la disminución de la colección previamente descrita. La evolución del paciente fue favorable, con reintroducción de la dieta oral y buena tolerancia.

**Conclusiones:** La terapia endoscópica de vacío endoluminal es una técnica novedosa que permite una alternativa en el tratamiento de las fugas anastomóticas, ya previamente usado en el campo de la cirugía colorrectal y esofágica y ahora, en el campo de la cirugía gástrica. Los estudios sobre esta técnica son todavía escasos, ninguno sobre su uso en las fugas en Bypass gástrico, lo que podría abrir un nuevo campo de investigación al respecto.

P-29

## Efectos metabólicos en pacientes obesos operados de bypass gástrico laparoscópico

Patricia Urbón Sánchez, Diego Córdova García, Sofía Sánchez De Toca Gómez, Rosario San Román Romanillos, Félix Mañes Jiménez, Ricardo Alvarado Hurtado, Marta Bru Aparicio, Raúl Díaz Pedrero, Tomás Ratia Giménez, Alberto Gutiérrez Calvo.

Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España.

**Objetivos:** La cirugía bariátrica no sólo está encaminada a la reducción de peso sino también al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y de los factores de riesgo cardiometabólicos susceptibles de mejoría. El objetivo de este estudio es analizar y comparar, previo y al año de la intervención, el índice de masa corporal (IMC) y las concentraciones séricas de dichos factores de riesgo en pacientes obesos con y sin diagnóstico de DM2.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo que incluye a aquellos pacientes intervenidos de bypass gástrico en un único centro (Hospital Príncipe de Asturias) entre los años 2016 y 2020.

**Resultados:** Entre los 94 pacientes incluidos en este estudio, el 40.4% presentaba un diagnóstico previo de DM2.

La media registrada para el IMC en el grupo de diabéticos fue superior a los no diabéticos (53.5 Kg/cm<sup>2</sup> frente 48,35 Kg/cm<sup>2</sup>). Asimismo, la glucosa sérica y el perfil lipídico presentaron valores mayores en este grupo.

En cuanto a los productos metabólicos de la función renal, tanto creatinina como urea, fueron similares en ambos grupos.

Un año después del bypass gástrico, se registraron nuevamente los valores antropométricos y metabólicos como se muestran en las siguientes tablas.

**Tabla 1.** IMC y productos metabólicos basales y a los 12 meses de la cirugía en el grupo de pacientes diabéticos.

Variable	Estado basal	12 meses
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	53,52	35,03
Glucosa (mg/dl)	112,1	101,4
HbA1c (%)	6,57	5,51
Colesterol total (mg/dl)	186,2	156,1
Colesterol HDL (mg/dl)	45,53	52,4
Colesterol LDL (mg/dl)	101,7	90,18
Triglicéridos (mg/dl)	169,9	95,26
Urea (mg/dl)	36,13	35,23
Creatinina (mg/dl)	0,77	0,67

**Tabla 2.** IMC y productos metabólicos basales y a los 12 meses de la cirugía en el grupo de pacientes no diabéticos.

Variable	Estado basal	12 meses
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	48,35	33,75
Glucosa (mg/dl)	98,6	88,89
Colesterol total (mg/dl)	180,5	155,43
Colesterol HDL (mg/dl)	46,18	52,61
Colesterol LDL (mg/dl)	103,97	85,23
Triglicéridos (mg/dl)	123,68	79,86
Urea (mg/dl)	35	33,73
Creatinina (mg/dl)	0,76	0,69

**Conclusiones:** El bypass gástrico proporciona una reducción del IMC satisfactoria con un porcentaje del exceso de IMC perdido (%EIMCP) en diabéticos y no diabéticos del 64,83% y 62,53% respectivamente.

Supone además una mejora simultánea de las concentraciones séricas de los factores de riesgo cardiovascular. Destacar, en diabéticos, el descenso de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) a valores en rango de normalidad.

Los parámetros de función renal se mantienen estables a pesar del importante impacto metabólico tras la intervención.

Sin embargo, se necesitan estudios con mayor número de pacientes y un seguimiento postoperatorio más estrecho y prolongado en el tiempo para una mejor evaluación.

P-30

## La importancia de los antecedentes psiquiátricos para la correcta indicación quirúrgica en cirugía bariátrica

**Esther María Cano Pecharromás, Elena Ortega Ortega, María Del Carmen Carballo, Mahur Esmaili, Leticia Martín Paniagua, M. Inmaculada Mesa, María Ortiz, Pilar Cruz, Tomas Balsa.**  
**H.G. Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, España.**

**Objetivos:** Recaltar la importancia de la correcta indicación quirúrgica del tratamiento de la cirugía bariátrica.

Como sabemos, la cirugía bariátrica no es una cirugía exenta de riesgos, puede tener complicaciones no solo en el post operatorio inmediato sino también a largo plazo. En este caso se expone una complicación en una paciente con mala indicación quirúrgica por presentar antecedentes de TCA previo a la primera intervención.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de una paciente, mujer de 51 años que acude por diagnóstico de úlcera en el contexto de intervención bariátrica hace años en otro centro sin disponer de ningún informe al respecto (probable Scopinaro). Presenta clínica de vómitos intensos y úlceras de boca anastomótica en gastroscopia. Se comienza con tratamiento conservador retirando AINES. La paciente acudió con síntomas de vómitos, como antecedente personal importante presenta discapacidad intelectual, y oculta diagnóstico de TCA tipo bulimia (trastorno por atracones) que no se descubre hasta meses después al acompañarse de su familiar refiriendo que los vómitos son inicialmente autoprovocados y finalmente espontáneos. Precisa suplementos nutricionales por edemas secundarios a desnutrición.

En las exploraciones complementarias se observa un EGD con buen paso del contraste, una endoscopia nueva que muestra esofagitis distal B con erosiones y estenosis parcial proximal de asa con gastroenteroanastomosis ulcerada (figura1). Tras resultado de benignidad de la AP se decide intervención quirúrgica para resección de la anastomosis y nueva anastomosis.

**Resultados:** El noveno día post operatorio tras presentar buena tolerancia oral, se solicita TC abdominal por elevación de reactantes de fase aguda y distrés respiratorio vs neumonía nosocomial. Al presentar neumoperitoneo así como débito entérico a través del drenaje se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía exploradora.

Durante la intervención se objetiva un abdomen bloqueado observando tras adhesiolisis la sutura de enterotomía conservada, sin datos de fuga tras test de azul de metileno. Se realiza aspiración de líquido seroso y colocan drenajes abdominales.

Posteriormente presenta mejoría paulatina con tratamiento con nutrición parenteral inicial y tratamiento antibiótico dirigido según antibiograma del líquido peritoneal analizado, así como tratamiento con vancomicina oral por colitis pseudomembranosa. Al alta consigue buena tolerancia oral y aumento ponderal.

**Conclusiones:** La cirugía bariátrica no está exenta de riesgos y tiene posibles complicaciones tanto en el post operatorio inmediato como a largo plazo que pueden verse aumentadas en caso de ausencia de colaboración o entendimiento por parte del paciente, como es el caso de pacientes con patología psiquiátrica. En este caso vómitos autoprovocados, así como consumo de AINES son factores de riesgo que han podido ocasionar las úlceras y estenosis halladas en la paciente expuesta. En estos casos podemos precisar una intervención quirúrgica en un paciente que precisa optimización nutricional, con posibilidad de transgresión dietética en post operatorio inmediato, así como repetir en el futuro el mismo patrón de comportamiento.

La correcta indicación quirúrgica en pacientes que solicitan cirugía bariátrica es clave para evitar posibles complicaciones quirúrgicas.



*Figura 1. Gastroenteroanastomosis ulcerada y estenosis proximal de asa eferente.*

P-31

## Gastrectomía vertical como técnica puente al bypass gástrico laparoscópico en superobesidad y pacientes complejos

**Alberto Díaz García, Marta Rojas Estévez, Rajesh Haresh Gianchandani Moorjani, Carmen Díaz López, Rafael Orti Rodríguez, Vanesa Concepción Martín, Juan Manuel Sánchez González, Ángel Camarasa Pérez, Enrique Moneva Arce, Manuel Ángel Barrera Gómez.**  
**Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.**

**Objetivos:** El objetivo es analizar los resultados obtenidos en nuestro centro en pacientes complejos y con superobesidad que son sometidos a una cirugía bariátrica en dos tiempos: primero una gastrectomía vertical y posteriormente un bypass gástrico en Y de Roux.

**Material y métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en dos tiempos entre el año 2015 y 2022 en la unidad de cirugía esofago-gástrica del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

**Resultados:** Un total de 8 pacientes fueron analizados, de los cuales 5 eran mujeres y 3 hombres. La edad media de los pacientes intervenidos fue de 34 años (23-55), con un IMC medio de 60.98 (57.96-67.89). En lo que a comorbilidad respecta, el 62.5% eran fumadores o exfumadores, 50% padecen hipertensión arterial, 12.5% diabetes y el 50% presentaban SAHS grave. Como complicaciones, un paciente requirió reintervención a las 24 horas por hemoperitoneo. Los pacientes fueron dados de alta de media al cuarto día postoperatorio. El IMC medio a los 6 meses de la intervención fue de 40,08. De los pacientes analizados, en 1 caso no se realizó la segunda intervención, por muy buena respuesta tras la gastrectomía vertical, y 2 pacientes están pendientes de programar para la segunda intervención. El tiempo medio entre ambas cirugías es de 14 meses. El 87.5% de los pacientes consiguieron una mejoría parcial de la morbilidad.

**Conclusiones:** La gastrectomía vertical como cirugía bariátrica de primer tiempo permite en pacientes complejos, de alto riesgo y con superobesidad conseguir una mejoría en la morbilidad asociada y consecuentemente mejores resultados. En algunas ocasiones, si se consiguen buenos resultados tras la primera intervención, podría no requerirse la cirugía de conversión a bypass gástrico.

P-32

## Politraumatismo en cirugía de la obesidad

Ángel Camarasa Pérez, Rajesh Gianchandani Moorjani, Rafael Orti Rodríguez, Carmen Díaz López, Vanessa Concepción, Juan Manuel Sánchez González, Luis Enrique Moneva Arce, Alberto Díaz García, Marta Rojas Estévez, Manuel Barrera Gómez.

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

**Objetivos (introducción):** La obesidad se asocia a un menor riesgo de lesiones viscerales cuando se trata de pacientes politraumatizados. Sin embargo, los pacientes con obesidad presentan una presentación clínica de su estado general, así como de posibles lesiones intraabdominales que difiere respecto al resto de pacientes, destacando la taquicardia como principal parámetro que debe alarmar al cirujano. Presentamos un caso de politraumatismo con lesión ileal en una paciente intervenida de by-pass gastroyeyunal por obesidad.

**Material y métodos (caso clínico):** Se trata de una mujer de 54 años intervenida de by-pass gastroyeyunal en 2016 por obesidad que es trasladada en SVA por colisión frontal en vehículo, en el asiento trasero y portadora del cinturón. A la exploración destaca TA 103/67 mmHg y dolor abdominal con marca del cinturón en hipogastrio y defensa generalizada. Análisis sanguíneo dentro de la normalidad y se amplía estudio con TC que informa de datos compatibles con perforación de víscera hueca. Con estos hallazgos se decide cirugía urgente que se accede por laparoscopia evidenciando peritonitis con contenido alimenticio y biliar, por lo que se convierte a laparotomía media. Tras lavado de toda la cavidad se identifica un punto de perforación en asa común de íleon de 2 cm a 120 cm de válvula ileocecal que se sutura.

Durante el postoperatorio la paciente presenta colecciones intraabdominales que son drenadas mediante catéter percutáneo hasta su resolución y descenso de reactantes de fase aguda. Finalmente se va de alta al decimoséptimo día de la cirugía.

**Resultados y conclusiones:** En pacientes intervenida de cirugía bariátrica, que se presentan con traumatismo abdominal cerrado hay que tener en conocer la técnica que tiene realizada, ya que determinará la lesión que tenga y su posible reparación.

Además, debido a la forma de manifestación clínica, en la que muchas veces no destaca la exploración abdominal, hay que tener algo grado de sospecha y en caso de duda proceder con una laparoscopia exploradora de forma precoz.



P-33

## Tumor gist como hallazgo incidental en la cirugía bariátrica. Presentación del proyecto gist.Om

Ignacio Sánchez Esquer<sup>1</sup>, Andrés Balaguer Román<sup>1</sup>, Alfonso Aliaga Rodríguez<sup>1</sup>, Beatriz Gómez Pérez<sup>2</sup>, Valentín Cayuela Fuentes<sup>1</sup>, Álvaro Cerezuela Fernández De Palencia<sup>1</sup>, Álvaro Martínez Espí<sup>1</sup>, Quiteria Hernández Agüera<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Dolores Frutos Bernal<sup>1</sup>, Juan Ángel Fernández Hernández<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España; <sup>2</sup>Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, España.

**Objetivos:** Los estudios que abordan los hallazgos incidentales durante la cirugía bariátrica (CB), especialmente los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), son escasos. El objetivo de esta revisión sistemática de la literatura es resumir la evidencia sobre el diagnóstico de GIST durante la CB y plantear un estudio a nivel nacional para así describir las características de los GISTs identificados en el curso de la cirugía bariátrica, así como definir el tratamiento quirúrgico de estos pacientes y cómo se ha modificado ante la presencia del GIST.

**Material y métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática desde enero de 2000 hasta marzo de 2021. Se consideraron elegibles los estudios de cohortes retrospectivos, las series de casos, los informes de casos y las revisiones. La presente revisión sistemática se centró en un análisis descriptivo de los datos incluidos en los artículos seleccionados.

En base a los resultados planteamos un estudio nacional multi-institucional retrospectivo basado en la cumplimentación de un protocolo de recogida de datos.

**Resultados:** La búsqueda bibliográfica identificó 46 estudios en los que se informaron hallazgos de GIST en el contexto de la CB. La incidencia de GIST en estos estudios fue de 158 pacientes con GIST en 23.984 procedimientos bariátricos, 0,65% (rango, 0,1-1,9% ), que contrasta con la notificada en la población general (0,0006-0,0015 %).

Estos hallazgos corresponden a pequeñas series con pocos casos, uni-institucionales, por lo que caracterizar y establecer una serie de protocolos en este tipo de pacientes contribuiría enormemente en el manejo de esta patología, es por ello que planteamos nuestro estudio a nivel nacional (pendiente de recogida de datos) que pretende establecer: la incidencia real del GIST en pacientes que se someten a CB; determinar los factores determinantes en su diagnóstico; cómo este modifica la técnica quirúrgica seleccionada y qué impacto oncológico presenta el GIST en el contexto de una obesidad patológica (OM).

**Conclusión:** La incidencia de GIST en pacientes con OM sometidos a CB es considerablemente mayor que en la población general. El diagnóstico está relacionado con la profundidad del trabajo preoperatorio, la exhaustividad del examen intraoperatorio y la minuciosidad del análisis histopatológico. Aunque los GIST tienen un bajo riesgo de recurrencia y generalmente no es necesario modificar la técnica quirúrgica, recomendamos que los cirujanos bariátricos estén informados sobre el diagnóstico y manejo de los GIST incidentales.

P-34

## Fuga de un sleeve gástrico y su manejo combinado. A propósito de un caso

**Leticia Martin Paniagua, Juan Carlos Santiago Peña, Roberto Pozo Moreno, Esther María Cano Pecharroman, Mahur Esmaili Ramos, María Inmaculada Mesa Ruiz, Maria Ortiz González, Lourdes Gomez Ruiz, Elena Ortega Ortega, Tomás Balsa Marin.**

**Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, España.**

**Objetivo:** La prevalencia de obesidad se ha incrementado exponencialmente en los últimos años en países desarrollados constituyendo en la actualidad una pandemia mundial. Una de las técnicas de cirugía bariátrica más empleada por su sencillez es el Sleeve gástrico laparoscópico, al tener menor curva de aprendizaje respecto al resto de técnicas bariátricas. Sin embargo, no está exenta de complicaciones, siendo las más temidas el sangrado o la fuga. Reportamos el caso de una paciente que sufrió como complicación una fuga en la línea de grapado y cómo fue su manejo de forma combinada.

**Material y métodos:** Se trata de una paciente de 26 años con antecedente de Sleeve gástrico realizado hace 15 días que acude a urgencias por fiebre de 3 días de evolución acompañado de náuseas y dolor abdominal a nivel de epigastrio. Refiere además cefalea y tos seca. Se encuentra taquicárdica, estable HD, a la exploración abdominal doloroso a nivel de epigastrio, sin signos de peritonismo. Elevación de RFA en analítica sanguínea. Se realiza TAC abdominal donde se observa colección adyacente a toda la curvatura mayor gástrica de 67x43mm. Se valora drenaje percutáneo, no siendo posible por riesgo de daño a estructuras vecinas. Finalmente se decide realizar laparoscopia exploradora observando gran plastrón inflamatorio en zona de gastrectomía sin evidenciar zona de fuga, pero presentando extravasación de gran cantidad de azul de metileno al administrarlo. Se realiza drenaje y lavado de material purulento y yesunostomía de alimetación. En el postoperatorio inmediato persiste con taquicardia mantenida y disnea en reposo por lo que se realiza TAC urgente donde se observa mayor fuga de contraste y gran cantidad de líquido libre por lo que se decide laparotomía exploradora. Evidenciamos hemoperitoneo de unos 1300 cc sin hallar sangrado activo, tampoco se logra identificar lugar de fuga del tubular. Se realiza lavado y colocación de nuevos drenajes. Posteriormente estancia en UCI 30 días por dificultad en la extubación por mala mecánica respiratoria, precisando traqueostomía. Se realiza gastroscopia que muestra dehiscencia de sutura con orificio fistuloso de unos 12mm en unión esofagogástrica. En un principio se coloca endoprotesis recubierta sin conseguir resultados, por lo que finalmente se emplea Endo-SPONGE® con un total de 10 recambios.

**Resultados:** La paciente evoluciona favorablemente consiguiéndose el cierre del orificio fistuloso. No se objetiva fuga de contraste ni colecciones en TAC de control. Se reinicia alimentación oral de forma satisfactoria.

**Conclusiones:** -El Sleeve gástrico es una técnica bariátrica eficaz muy utilizada por su sencillez respecto al resto de técnicas.

- En los últimos años ha sufrido cierto descenso en su aplicación debido a la reganancia ponderal y que las complicaciones cuando ocurren suelen ser graves y de difícil manejo.
- Una de las complicaciones más frecuentes es la fuga de la línea de grapas.
- Debemos sospechar fuga ante un paciente que acude a urgencias con taquicardia, fiebre, dolor abdominal y clínica respiratoria con presencia de derrame pleural izquierdo.
- El manejo combinado de intervención quirúrgica y tratamiento endoscópico para tratar la fuga es eficaz.

## P-35

### Hernia interna tras bypass gastroyeyunal ¿podríamos evitarlo?

**Gema Giner Merino, Jose Manuel Navarro Rodríguez, Jose Antonio Bravo Hernández, Juan Pérez Legaz, Ana Tomás Martínez, Beatriz Remezal Serrano, Pilar Serrano Paz.**

**Hospital Universitario del Vinalopó, ELCHE, España.**

**Objetivos:** El bypass gástrico (BG) ha demostrado ser uno de los procedimientos más efectivos y seguros para el tratamiento de la obesidad mórbida y sus comorbilidades. La hernia interna (HI) es la causa más frecuente de obstrucción intestinal post BG con una incidencia según las series entre el 4-17 %. El signo radiológico más frecuente es la presencia arremolinada de los vasos mesentéricos y la clínica es inespecífica. Esta complicación puede presentarse desde un dolor intermitente crónico hasta una incarceration aguda. Presentamos el caso de un varón con antecedente de BG hace 9 años que acude tres veces a urgencias por dolor abdominal y vómitos.

**Material y métodos:** Varón de 43 años ingresado en Medicina Interna por dolor abdominal y vómitos a estudio tras varias visitas en el último mes por el mismo motivo. No presenta antecedentes médicos de interés, intervenido de bypass gastroyeyunal laparoscópico en 2014 en Colombia y en 2016 de peritonitis apendicular por laparotomía media. Se realiza un TAC dados los antecedentes con la sospecha de cuadros oclusivos por adherencias o una hernia interna. Tras confirmar la sospecha de hernia transmesentérica se interviene por una laparotomía media identificando todo el paquete intestinal herniado a través del orificio del meso en la raíz de la Vena Mesentérica superior. Tras reducir dicho contenido se cierra el orificio con seda 2/0 a puntos sueltos. Después de 4 días de ingreso el paciente fue dado de alta tolerando dieta blanda.

**Resultados y Discusión:** La HI tiene lugar cuando el intestino delgado cruza a través de los defectos de espacio creados en el mesenterio por el acto quirúrgico tras el adelgazamiento de los mesos del intestino; puede ocurrir a través del mesocolon transversal (si el BGY fue retrocólico), del espacio de Petersen (espacio virtual entre el asa alimentaria y el mesocolon transversal) y por último a través del defecto mesentérico.

Kristensen et al incluyen a 401 pacientes en un ensayo clínico randomizado y muestran que el cierre del mesenterio con clips reduce el riesgo de herniación tras 5 años de seguimiento vs no cerrar el defecto. Además, compara los resultados de dicho cierre vs cierre con sutura recogidos en la literatura y muestra que es más efectiva la sutura (con un riesgo de HI del 7,3% y 6,9% a los 5 años) no obstante el cierre con sutura asocia mayor riesgo de complicaciones post operatorias (sangrado, desgarro, torsión pie de asa).

**Conclusiones:** Existe cierta variabilidad entre las técnicas para cerrar los defectos mesentéricos por lo que el análisis de los estudios se ve comprometido y existe poca literatura con series aleatorizadas. Según las últimas series la incidencia de HI sin cierre de los defectos alcanza el 15, 5% a los 5 años de seguimiento vs 6,5 % tras el cierre. La vía retrocólica ha reportado mayor incidencia que la antecólica. Por ello, pese a aumentar el tiempo quirúrgico es recomendable el cierre de los defectos mesentéricos ya que disminuye la incidencia de una complicación que puede tener un desenlace fatal.

P-36

## **Incidencia y manejo de estenosis en pacientes intervenidos de bypass gastroyeyunal desde el año 2019 - 2022 en nuestro centro**

**Gema Giner Merino, Juan Pérez Legaz, Jose Antonio Bravo Hernández, Ana Tomás Martínez, Beatriz Remezal Serrano, Pilar Serrano Paz.**  
**Hospital Universitario del Vinalopó, ELCHE, España.**

**Objetivos:** El bypass gástrico laparoscópico (BGL) es la técnica más utilizada en cirugía bariátrica y una de sus complicaciones es la estenosis de la anastomosis gastro-yeyunal (EAGY) que se manifiesta clínicamente con disfagia progresiva asociada a vómitos con o sin dolor abdominal. Nuestro objetivo es analizar la incidencia y manejo de la estenosis en pacientes intervenidos de BGL desde el año 2019 – 2022, en nuestro centro.

**Material y métodos:** Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de 4 pacientes intervenidos de BGL que presentaron estenosis post operatoria en un periodo de seguimiento desde 1 – 4 años. Obtenida la muestra se analizaron las siguientes variables: sexo (hombre/mujer), edad (<30 / 30 – 50 / > 50), comorbilidades asociadas (DM/ HTA/ SAOS), IMC pre quirúrgico (<35/ 35 – 45/ >45), tipo de anastomosis gastroyeyunal (EEA 21/ lineal), estancia media, mortalidad. A su vez se revisa el manejo de dicha complicación (endoscópica/ quirúrgica), número de dilataciones y la tasa de resolución.

**Resultados y Discusión:** El total de pacientes intervenidos de BGL fueron 23 y solo el 17,4% (n=4) han presentado estenosis post quirúrgica. Un 75% (n=3) de los pacientes con dicha complicación fueron mujeres, con una edad predominante > 50 años. Fue registrada una estancia media de 13,5 días en dichos pacientes con un IMC prequirúrgico medio de 41,2. Sólo se identificaron la HTA como comorbilidad asociada en el 25% casos (n=1) y la DM (n=1). El tipo de anastomosis fue circular 21 mm en el 100% (6/6) de los casos y la mortalidad del 0%. A todos los pacientes con sospecha de estenosis se les realizó una endoscopia digestiva alta y posteriormente todos fueron tratados con dilatación neumática con balón.

Los mecanismos responsables de la formación de dicha EAGY se deben a factores dependientes del paciente; como la cicatrización excesiva, hipersecreción gástrica, úlcera anastomótica, a factores ambientales; tabaquismo, alcoholismo o ingesta de anti-inflamatorios no esteroideos y por último debido a la técnica quirúrgica: isquemia en los tejidos, anastomosis pequeña o angulada. El 50% (n=2) de los pacientes que presentaron estenosis asociaron una úlcera anastomótica de inicio y 25% asociaron fuga anastomótica.

En el estudio realizado por Mariel Da Costa et al; encontraron que la dilatación endoscópica con balón es un método eficaz y seguro, logrando un éxito del 100%; requiriéndose sólo una dilatación en el 57%, dos dilataciones en el 27.6%, tres dilataciones en el 12.3%, y 4 dilataciones en el 2.8%. En nuestra serie el 50% requirió dos dilataciones y el otro 50% una. No se han detectado reestenosis. Todos los pacientes debutaron con síntomas el primer mes y medio postoperatorio; según Yimcharoen et al. este tipo de estenosis precoces (< 2 meses) tienen mayor tasa de recuperación y son las más frecuentes.

**Conclusiones:** La EAGY es una complicación poco frecuente en la literatura y en nuestra serie, con buenos resultados tras la endoscopia. Se ha visto que un pequeño porcentaje en otros estudios requiere cirugía de revisión, la cual es muy compleja con un elevado índice de morbilidad.

P-37

## **Análisis de organocinas plasmáticas en pacientes con obesidad mórbida y enfermedad del hígado graso no alcohólica candidatos a cirugía bariátrica**

**María Alejandra García Durán, Elia Bartra Balcells, Marta Paris Sans, Margarida Vives Espelta, Fatima Sabench Pereferrer, Andrea Jimenez Franco, Helena Castañé, Jordi Camps, Jorge Joven, Daniel Del Castillo Déjardin.**  
**Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.**

**Antecedentes y objetivos:** La enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) está frecuentemente asociada a la obesidad mórbida y es un problema de salud que puede tener graves consecuencias para el paciente. La EHGNA comienza como una simple acumulación de grasa en el hígado y puede progresar a esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), una etapa más grave que implica inflamación y daño tisular. El estándar de oro para diagnosticar la progresión de EHGNA a EHNA es la biopsia hepática. A medida que la enfermedad progresa, el organismo regula los cambios metabólicos y fisiológicos a través de citocinas u organocinas, pero la complejidad de esta comunicación inter-tisular sigue siendo poco clara. Este estudio tuvo como objetivo medir la concentración de seis organocinas en plasma y evaluar su papel en la progresión de la EHGNA en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica.

**Métodos:** Se analizaron muestras de plasma de 1068 pacientes con EHGNA y obesidad mórbida y 414 voluntarios sanos mediante técnicas de ELISA de sándwich para determinar la concentración de adiponectina, leptina, irisina, galectina2, factor de crecimiento de fibroblastos 19 (FGF19) y factor de crecimiento de fibroblastos 21 (FGF21).

**Resultados y conclusión:** Se observaron diferencias significativas en el perfil de organocinas entre los voluntarios sanos y los pacientes con EHGNA. La combinación de las seis organocinas produjo un área bajo la curva de 0.860 en la curva ROC, lo que sugiere su potencial como biomarcador diagnóstico. La adiponectina y el FGF21 pudieron diferenciar entre los grupos de EHNA, EHNA incierta y no EHNA.

P-38

## Grapado inesperado de sonda durante una Gastrectomía Vertical Laparoscópica (SG). Presentación de un caso clínico ilustrado y propuestas de resolución

**Marta Paris Sans, Anna Trinidad Borrás, María Alejandra García, Esther Raga Carceller, Nikolak Lobo, Elia Bartra Balcells, Margarida Vives Espelta, Mercè Hernández González, Fatima Sabench Pereferrer, Daniel Del Castillo Déjardin. Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.**

**Introducción:** La SG es actualmente la cirugía bariátrica más practicada a nivel mundial. El hecho de no tener que realizar ninguna anastomosis ha colocado esta técnica en un “falso pedestal” como a una técnica aparentemente más sencilla para iniciarse en la cirugía bariátrica. Sin embargo, es imprescindible tener presente las recomendaciones técnicas para crear una cámara gástrica tubular que sea funcional y evitar las torsiones y las estenosis que podrían conducir a la intolerancia oral. Una estrategia es la colocación de una sonda de Faucher (SF) intragástrica para tutorizar la cámara gástrica. Ésta se debe movilizar de forma antes de cada grapado para asegurar que no está comprometida con la grapadora lineal. El grapado de la sonda es una complicación evitable que puede ser muy grave. En la literatura hay pocos casos descritos, aunque en la comunidad bariátrica se ha presentado en diversas ocasiones. La resolución no siempre es sencilla, es imprescindible liberar la sonda de la línea de grapas y cerciorarse nuevamente que la sutura queda estanca. Según la amplitud de la gastrectomía y la altura donde haya sido grapada la sonda, se pueden plantear diferentes soluciones quirúrgicas.

**Caso clínico:** Mujer 50 años con obesidad mórbida, DM2, SAOS y cesárea. BIG preoperatorio (IMC 60,54), obesidad central. Se propone SG. Cirugía inicialmente sin incidencias movilizando la SF antes de cada grapado según la técnica habitual. Aun así, en el 4º grapado (per encima de incisión angularis) se aprecia cuerpo extraño pequeño y blanco seccionado en ambos extremos de la línea de grapas. Se comprueba que la SF está libre y nos comunican que, dado el déficit de stock de sonda térmica timpánica, se ha colocado una sonda térmica esofágica para control de temperatura. Efectivamente, se comprueba que ésta ha sido desplazada distalmente con los movimientos de comprobación de la SF y ha sido incluida en el grapado.

En este caso, dado que la gastrectomía no estaba demasiado ajustada a la SF, se consigue liberar la sonda térmica esofágica y realizar una re-sleeve excluyendo el defecto donde se halla grapada la sonda. Comprobación con azul de metileno correcta. TEGD 24h con buen paso del contraste, sin estenosis ni fugas. Tolerancia oral adecuada y alta a las 48h sin incidencias.

*(Ver ilustraciones)*

**Discusión y conclusiones:** El grapado de una sonda es una complicación evitable que puede ser muy grave. La estandarización y el perfeccionamiento de la técnica es esencial, así como la importancia de advertir siempre de cualquier cambio al resto del equipo quirúrgico antes de iniciar el procedimiento.

Cuando se produce un grapado de sonda en la SG, se pueden plantear diferentes opciones técnicas según la amplitud de la gastrectomía y la altura donde se ha grapado la sonda. En primer lugar, se debe seccionar y liberar la sonda; posteriormente, se puede plantear una sutura manual (elevado riesgo de dehiscencia en la literatura), sutura mecánica (siempre y cuando no condicione estenosis o angulación), o bien, conversión a bypass gástrico con exéresis de la zona afectada.

P-39

## Hallazgo de esteatonecrosis tras cirugía bariátrica: una entidad poco habitual

**María Valero Soriano, Francisco Miguel González Valverde, José María Rodríguez Lucas, Isabel María Jiménez Moreno, María Encarnación Tamayo Rodríguez, Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz, María Belén Agea Jiménez, Andrea María Hurtado Vázquez, Manuel Redondo Martínez, Antonio Albarracín Marín-Blázquez.**  
**Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.**

**Objetivos:** Comunicar 2 casos de necrosis grasa secundaria a Bypass Gástrico Laparoscópico en Y de Roux (BGR).

**Material y métodos:** Presentamos 2 casos de tumoración intraabdominal hallada en el postoperatorio de BGR en nuestro centro. Se han recogido datos demográficos, seguimiento, diagnóstico, intervención y resultados de anatomía patológica, con revisión de la bibliografía.

**Resultados:** Caso 1: Varón de 48 años con IMC de 41,2 sometido a BGR sin incidencias en el postoperatorio. Durante el seguimiento, diagnosticado de colelitiasis mediante ecografía abdominal, programándose para colecistectomía. En la cirugía, se objetivó una tumoración de 4 cm de diámetro junto a la sutura del espacio de Petersen. La anatomía patológica informó de esteatonecrosis, compatible con infarto omental.

Caso 2: Mujer de 38 años con IMC 41,7 intervenida de BGR que presentó una fuga yeyuno-yeyunal a las 48h postoperatorias. Requirió reintervención mediante laparotomía, desarrollando posteriormente una eventración. Se realizó un TC abdominal 1 año después, que mostraba una masa de 5 cm junto al pie de asa. Durante la eventroplastia, se objetivó una tumoración elástica de paredes lisas que dependía del asa biliopancreática, y la anatomía patológica informó también de esteatonecrosis.

**Conclusiones:** La necrosis grasa intraabdominal ocurre más frecuentemente en pacientes con obesidad y diabetes. Las presentaciones más comunes incluyen el infarto omental y la apendicitis epiploica. El infarto omental es una entidad muy infrecuente (incidencia 0.001-0.3%) que puede ser idiopática, debido al compromiso vascular por torsión omental, obesidad o estados de hipercoagulabilidad; o secundaria a una intervención quirúrgica abdominal. La patogenia es desconocida, aunque se han postulado varias causas posibles como la sección omental asimétrica, la torsión secundaria a adherencias, anomalías vasculares, traumatismos o hernias internas que pueden comprometer la vascularización epiploica. Se ha reportado en pacientes sometidos a BGR antecólico, debido a la torsión del epiplón seccionado o por isquemia del mismo. El tiempo de presentación es variable, pudiendo debutar como un abdomen agudo o incluso ser asintomático, aunque la mayoría presentan dolor abdominal localizado. El diagnóstico diferencial incluye apendicitis, hernia interna, fuga anastomótica, diverticulitis, etc. Es frecuente que se asocie a una masa palpable. Otros síntomas menos específicos son fiebre, náuseas, vómitos o diarrea. El TC abdominal constituye la prueba de elección para descartar otro tipo de complicaciones. La imagen típica es una masa abdominal bien delimitada con un patrón de rayas concéntricas hiperatenuadas en el tejido graso, llamado «signo del giro». El tratamiento incluye desde medidas conservadoras hasta la resección omental mediante cirugía, en función de la presentación clínica y la extensión del infarto. Con frecuencia es un hallazgo incidental durante una laparoscopia exploradora por dolor abdominal, por lo que debe ser resecado. Como posibles complicaciones, puede dar lugar a la formación de un absceso intraabdominal con desarrollo de un cuadro séptico, o adherencias. Nuestros casos eran asintomáticos, siendo un hallazgo incidental durante otra cirugía. No obstante, podrían haber desarrollado clínica o complicaciones que requiriesen cirugía urgente en el futuro. Por tanto, la esteatonecrosis debe tenerse en cuenta dentro del diagnóstico diferencial del dolor abdominal tras BGR.

P-40

## Uso de Axios como alternativa terapéutica a la dilatación con balón ante la estenosis en la anastomosis gastroyeyunal

**María Teresa Pérez Domene, Alejandro Garcia Muñoz Najar, Camilo José Castellón Pavón, Carlos Ferrigni Gonzalez, Carlos Miguel Chavarría Herbozo, Silvia Sanchez Infante Carriches, Manuel Duran Poveda.**  
**Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid), España.**

**Introducción:** El bypass gástrico es una de las intervenciones más efectivas para la reducción de peso. La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal es una complicación poco frecuente. Existen diversas opciones terapéuticas no quirúrgicas como son la dilatación con balón neumático, la inyección de esteroides, la terapia incisional endoscópica o la colocación de prótesis autoexpandibles (AXIOS). Presentamos el caso de una paciente que tras la realización de un bypass gástrico presenta una estenosis anastomótica gastroyeyunal resuelta con la colocación de una prótesis autoexpandible AXIOS de 20 mm de diámetro.

**Material y métodos:** Mujer de 40 años con una obesidad grado III y un IMC de 44 kg/m<sup>2</sup> se le realiza en 2019 un bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico. Tres años después, presenta un cuadro de intolerancia completa a la dieta que precisa hospitalización. En la endoscopia alta se visualiza estenosis a nivel de la anastomosis gastroyeyunal.

Tras el diagnóstico se programan dos sesiones de dilatación endoscópica con balón. Durante la segunda dilatación, se produce una perforación en la anastomosis precisando una cirugía urgente e ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. La técnica quirúrgica urgente realizada fue una laparoscopia exploradora con sutura simple a nivel de la perforación.

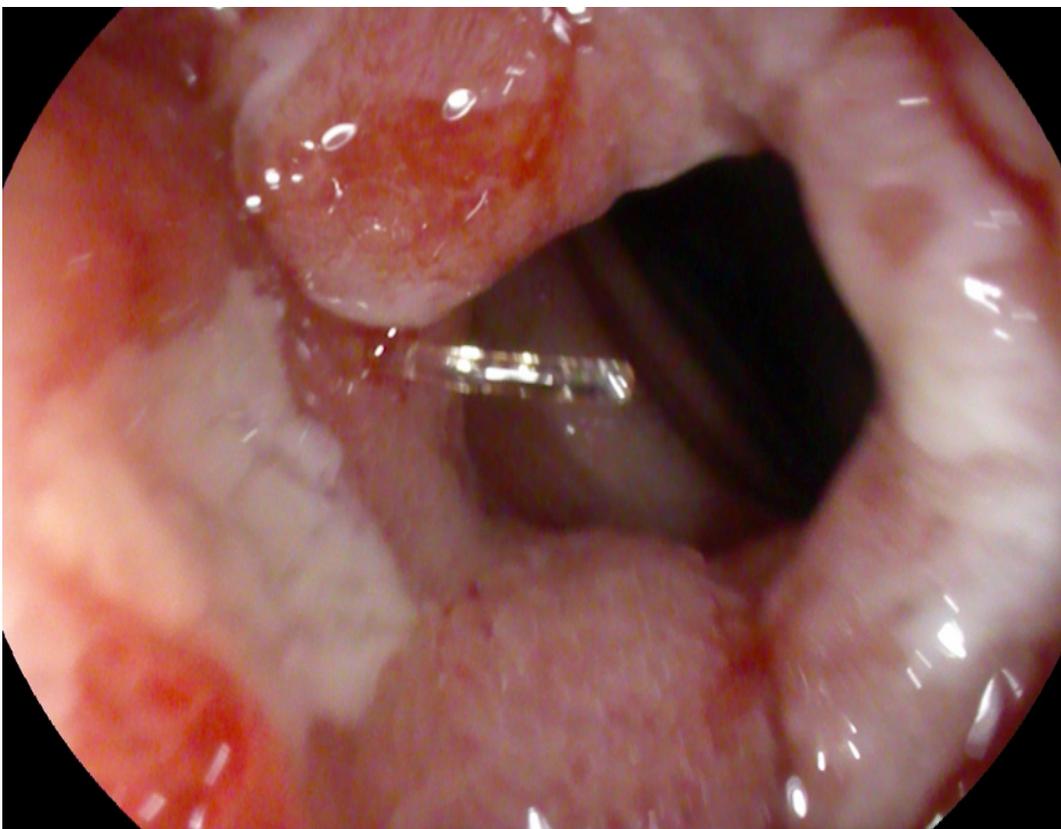
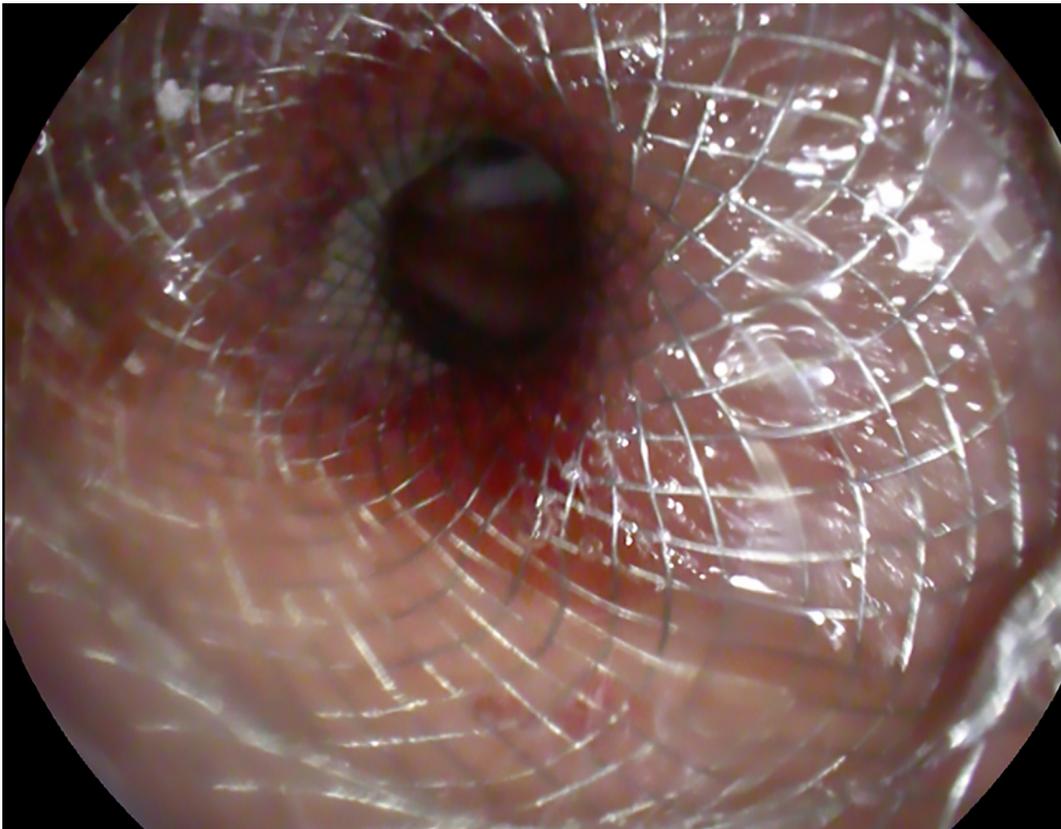
Tras el alta, persiste con escasa tolerancia oral por lo que se decide junto con los especialistas de Digestivo la colocación de una prótesis AXIOS de 20 mm. Se retira a la sexta semana sin incidencias. En la revisión, presenta buen estado general con una tolerancia oral completa.

**Resultados:** El bypass gástrico se describe como una de las intervenciones más efectivas para pérdida de peso y reducción de las comorbilidades asociadas a la obesidad. Entre las posibles complicaciones, la estenosis anastomótica puede ocurrir en el 3-27% de los casos.

Para su tratamiento, la reintervención rara vez se indica por su complejidad y morbilidad, por lo que en la mayoría de los casos se realiza dilatación endoscópica. Dentro del manejo endoscópico, actualmente, incluyen la dilatación endoscópica con balón, la inyección intralesional de esteroides, la terapia incisional endoscópica o la colocación de AXIOS. Esta última opción, ha surgido como nueva modalidad de tratamiento, consiste en una prótesis completamente recubierta con una longitud de 10 mm y un diámetro de 10, 15 o 20 mm, con un reborde ancho en cada extremo.

La dilatación endoscópica requiere numerosas sesiones, tiene una alta tasa de recurrencia y riesgo de perforación y sangrado. El AXIOS reduce estas limitaciones, en cambio, tiene la posibilidad de migración. En estudios se ha visto reducido el riesgo de migración con el uso de dispositivos de 20 mm frente a 15 mm, además, de una alta tasa de éxito. Se presenta como alternativa frente a las terapias endoscópicas tradicionales por sus resultados y reducción de complicaciones.

**Conclusión:** El AXIOS de 20 mm de diámetro se presenta como una opción terapéutica con buenos resultados ante la estenosis gastroyeyunal. Reduce complicaciones asociadas a otras terapias y a los stents de menor diámetro, por lo que podría valorarse como primera línea de tratamiento.



P-41

## Obesidad mórbida y pared abdominal compleja: estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de forma conjunta en un hospital terciario

Mikel Guerra Lerma, Gaizka Errazti, Iratxe Rodeño, Irene Álvarez, Aingeru Sarriugarte, Patricia Mifsut, Yanina Kataryniuk, Eva Alonso, Oihane Gutierrez, Tamara Moreno.

Hospital de Cruces, Barakaldo, España.

**Objetivo e introducción:** La obesidad mórbida y los defectos de la pared abdominal, tanto hernias primarias como eventraciones, son patologías asociadas muy frecuentemente. Esta combinación realmente es un reto terapéutico no solamente por el gran tamaño de los defectos que pueden tener, sino por la complejidad global de los pacientes. Por dicho motivo, durante los últimos años llevamos realizando un protocolo terapéutico en la pared abdominal compleja, que frecuentemente se encuentra asociada a obesidad mórbida.

**Material y métodos:** Se presentan un estudio descriptivo observacional retrospectivo donde se describen los pacientes intervenidos conjuntamente de obesidad mórbida y pared abdominal compleja desde el año 2012 hasta el 2022 en nuestro Hospital.

**Resultados:** Durante este periodo se intervinieron un total de 19 pacientes (M: 15/ H: 4) con una edad media de 55 años y un IMC medio de 49, la mayoría con riesgo ASA III (16) y IV (1). 17 de los 19 pacientes fueron intervenidos de obesidad mórbida y pared abdominal en el mismo acto quirúrgico, el resto en un segundo tiempo. Las cirugías fueron programadas en 17 y en 2 de ellos se realizaron de forma semiurgente.

En 17 pacientes se realizó Gastrectomía Vertical laparoscópica y en 2 de ellos By-pass gástrico.

En lo que respecta a la pared abdominal 6 pacientes tenían hernias primarias y 13 eventraciones (5 eran con pérdida de derecho a domicilio). No se realizó preparación preoperatoria de la pared abdominal en 11 pacientes, 6 recibieron Botox y 2 Botox y pneumoperitoneo progresivo. De los pacientes que se realizó cirugía de pared en este primer tiempo, 12 pacientes se realizó solamente rafia, 4 se realizó eventroplastia con malla de PPL y 1 se realizó con malla biológica.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias desde la cirugía hasta el primer mes postoperatorio 9 pacientes tuvieron complicaciones. 5 de las complicaciones fueron según la clasificación Clavien-Dindo  $\leq 2$ , 2 pacientes tuvieron complicaciones tipo IIIb y dos de los pacientes fallecieron en el postoperatorio. De estos pacientes fallecidos ambos fueron con eventraciones con pérdida de derecho a domicilio (uno tratado con botox y pneumoperitoneo preoperatorio) y ambos fallecieron por un Síndrome compartimental e isquemia de bajo gasto al reintroducir el contenido intestinal en la cavidad abdominal provocando un fallo multiorgánico.

En lo que respecta a los resultados de la cirugía el seguimiento fue del 100% a los 3 años, 80% a los 5 años. El porcentaje de peso perdido medio fue del 60%. 9 pacientes presentaron recidiva de su eventración, reparando su eventración posteriormente en 3 de ellos.

**Conclusiones:** La obesidad mórbida y los defectos de pared son dos entidades muy frecuentemente asociadas, siendo además un reto importante para el cirujano general. A pesar de obtener peores resultados globales y presentar estos pacientes más complicaciones que en otros pacientes, generalmente los resultados nos invitan a realizar este tipo de abordaje combinado, teniendo en cuenta siempre que este tipo de cirugías muchas veces son de alto riesgo y que precisan de una valoración en un comité multidisciplinar para individualizar cada caso.

P-42

## Experiencia en el tratamiento de fístulas gastro-gástricas (fgg) tras by-pass gástrico laparoscópico (bpgl) en y de roux en nuestro centro

José María Rodríguez Lucas, Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz, Francisco Miguel González Valverde, María Encarnación Tamayo Rodríguez, María Belén Agea Jiménez, Isabel María Jiménez Moreno, María Valero Soriano, Pedro López Morales, Andrea María Hurtado Vázquez, Antonio Albarracín Marín-Blázquez. Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.

**Introducción:** La FGG es una complicación poco frecuente en la cirugía bariátrica. Exponemos la experiencia en el tratamiento quirúrgico de las FGG en la Unidad de Cirugía Bariátrica de nuestro hospital.

**Casos clínicos:** Mujer de 29 años (IMC 51,1) fumadora y *Helicobacter pylori* (*Hp*) positivo que se erradica previo a la cirugía, con postoperatorio inmediato favorable. En las revisiones postoperatorias se objetiva úlcera marginal y estenosis secundaria que precisa de dilatación endoscópica. 8 años después del BPGL cuenta cuadro nuevo de náuseas y vómitos tras las comidas. Se realiza TC y gastroscopia compatible con FGG. Intervenida (IMC 21,05) con resección y nueva anastomosis gastroyeyunal (AGY). Desde la reintervención abandonó el tabaco y desaparecieron las molestias abdominales.

Hombre de 46 años fumador. Tras cirugía de aneurisma de aorta aumento de peso y desarrollo de SAOS (IMC 35,63). Al 3er día postoperatorio de BPGL acude a urgencias por dolor abdominal, realiza un TC urgente que informa de dehiscencia de la anastomosis gastroyeyunal. Desde entonces es reintervenido en 5 ocasiones por complicaciones varias y con un ingreso prolongado en UCI. Tras retirada de sonda de Foley colocada en una de las cirugías a modo de fístula externa dirigida desde reservorio gástrico, se objetiva FGG sobre la que se decide no actuar. Es dado de alta hospitalaria tras 6 meses de ingreso y actualmente continúa en seguimiento en las Consultas Externas con neuropatía residual que produce alteraciones en la marcha que le obliga a usar ortesis para la deambulación (IMC actual 26,45).

Hombre de 40 años fumador y bebedor (IMC 60,1). BPGL con pérdida de 70 kg que a los 5 años de la intervención refiere epigastralgia, náuseas y vómitos. Se realiza gastroscopia con úlcera anastomótica que se trata médicamente de forma exitosa. 10 años tras la cirugía (IMC 26,73) vuelve a consultar por la misma clínica, pero esta gastroscopia informa de FGG. *Hp* negativo en ambas gastroscopias. Se interviene, se reseca la FGG y se confecciona una nueva AGY con postoperatorio favorable. No constan problemas en el seguimiento desde entonces.

Mujer de 22 años fumadora intervenida (IMC 43,8) que 10 años después (IMC 21,01) comienza con episodios de epigastralgia. Se hace TC abdominal y gastroscopia que informa de FGG. *Hp* negativo. Se realiza resección de FGG y nueva AGY. Se reinterviene al 2º día postoperatorio por persistencia de la FGG en el tránsito esofagogástrico (TEG). Se reseca otra FGG que había pasado inadvertida en la primera cirugía. La paciente es dada de alta al 6º día postoperatorio con TEG normal.

**Discusión-conclusiones:** El desarrollo de FGG está relacionada con un tamaño grande del reservorio, la presencia de *Hp* el consumo de alcohol y el hábito tabáquico. Su tratamiento preventivo se basa en la eliminación de estos factores de riesgo. El tratamiento quirúrgico se basa en la resección del trayecto fistuloso asociando o no reajuste de reservorio y/o reconstrucción de la anastomosis gastroyeyunal.

P-43

## Calidad de vida en pacientes con complicaciones posoperatorias tras cirugía bariátrica

**Pilar Laguna Hernández, Ricardo Alvarado Hurtado, Marta Bru Aparicio, Diego Córdova García, Sonia Soto Schutte, Yousef Allaoua Moussaoui, Felix Mañes Jiménez, Rosario San Román Romanillos, Tomás Ratia Giménez, Alberto Gutierrez Calvo.**

**Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España.**

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida tras complicaciones posoperatorias en pacientes operados de cirugía bariátrica

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional. Revisamos 12 pacientes con complicaciones posoperatorias operados entre 2002-2020 de cirugía bariátrica del total de casos registrados en nuestro centro. Se les realizó el cuestionario BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System) para evaluar la calidad de vida tras años de seguimiento.

**Resultados:** De 431 pacientes operados entre 2002-2020, 206(47%) se les realizó gastrectomía tubular y 225(53%) bypass. De ellos, 12 pacientes presentaron fistula posoperatoria en la línea de grapado de la gastrectomía o dehiscencia de anastomosis gastroyeyunal; con una incidencia de 2'7% en 18años y una media de 2 meses de resolución tras la cirugía. El 66% fueron mujeres, con una edad media de 46 años. El IMC medio prequirúrgico fue de 44, siendo el IMC actual medio de 31.

Las fistulas fueron confirmadas por tránsito gastrointestinal. El tratamiento fue conservador o endoscópico, 4 requirieron cirugía.

La escala BAROS aplica, a más puntuación, mejor calidad de vida percibida como se aprecia en *Imagen 1*.

Los ítems del cuestionario BAROS se muestran en la *Imagen 1*. La media de puntuación fue de 1'79, traduciendo en buena evaluación de la calidad de vida. Ningún paciente a pesar de las complicaciones, hubiera preferido no operarse y ninguno empeoró su calidad tras la cirugía. La mayoría de las incidencias de su calidad de vida ocurrió durante la pandemia COVID-19 según los encuestados.

Adjuntamos cuestionario preguntado en *Imagen 1*. En *Tabla 1* se presentan los datos epidemiológicos y respuesta al cuestionario.

**Conclusiones:** La calidad de vida percibida por el paciente con complicaciones posoperatorias es un aspecto hasta ahora poco estudiado, debido a la importancia de ello, se necesitan más estudios. A pesar de la pérdida de peso ponderal, hay que tener en cuenta otros factores en relación al paciente como es la calidad de vida percibida por el propio paciente.

La mayoría de los pacientes a pesar de padecer complicaciones posoperatorias mejoraron su calidad de vida tras la intervención.

Tabla 1. Epidemiología y cuestionario BAROS realizado a los pacientes

<b>Epidemiología</b>
Mujeres (n 12) 8 (66%) Hombres (n 12) 4 (44%) Edad media 43 años IMC prequirúrgico (n 12) 44 IMC postquirúrgico (n 12) 31
<b>BAROS (n12) medio 1'729</b>
<b>Pérdida de peso</b> Ganancia de peso 1 (8,3%) Pérdida 0-24% 5 (41,6%) Pérdida 25-48 % 6 (50%) Pérdida 50-74% 0
<b>Estado de comorbilidades</b> Agravamiento 0 Sin cambios 6 (50%) Mejoría 4 (33,3%) Resolución de una comorbilidad importante 1 (8,3%) Resolución de más de una comorbilidad importante 1 (8,3%)
<b>Calidad de vida física</b> Empeoramiento 0 Igual a previa 3 (25%) Mejora 9 (75%)
<b>Calidad de vida sexual</b> Empeoramiento 1 (8,3%) Igual a previa 7 (58,3%) Mejora 3 (25%) No aplica 1 (8,3%)
<b>Autoestima</b> Empeoramiento 0 Igual a previa 5 (41,6%) Mejora 7 (58,3%)
<b>Calidad de vida social</b> Empeoramiento 0 Igual a previa 6 (50%) Mejora 6 (50%)
<b>Calidad de vida laboral</b> Empeoramiento 0 Igual a previa 6 (50%) Mejora 2 (16,6%) No aplica 4 (33,3%)

Imagen 1. Cuestionario BAROS

<b>B.A.R.O.S.</b> (Sistema de evaluación y análisis de resultados de la cirugía de la obesidad)		
% Sobrepeso perdido (puntos)	Comorbilidades (puntos)	CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA
Ganacia de peso (-1)	Agravada (-1)	<b>1. Autoestima</b>  -1,0   -0,50   0   +0,50   +1,0
0-24% (0)	Sin cambios (0)	<b>2. Física</b>  -0,50   -0,25   0   +0,25   +0,50
25-48% (1)	Mejorada (1)	<b>3. Social</b>  -0,50   -0,25   0   +0,25   +0,50
50-74% (2)	Una mayor resuelta Otras mejoradas (2)	<b>4. Laboral</b>  -0,50   -0,25   0   +0,25   +0,50
75-100% (3)	Todas las mayores resueltas Otras mejoradas (3)	<b>5. Sexual</b>  -0,50   -0,25   0   +0,25   +0,50
<b>Subtotal:</b>	<b>Subtotal:</b>	<b>Subtotal:</b>

<b>Complicaciones</b>	Menor: Deducir 0,2 puntos Mayor: Deducir 1 punto
<b>Reoperación</b>	Deducir 1 punto
<b>Puntuación TOTAL:</b>	

<b>Evaluación final</b>	
Sin comorbilidades	Con comorbilidades
Fallo 0 o menos	Fallo 1 o menos
Regular > 0 - 1,5	Regular > 1 - 3
Buena > 1,5 - 3	Buena > 3 - 5
Muy buena > 3 - 4,5	Muy buena > 5 - 7
Excelente > 4,5 - 6	Excelente > 7 - 9

Horacio E. Oria: Obes. Sug. 1998;8: 487-499

Endocrinol Diabetes Nutr. 2021;68:501-8

P-44

## Instauración de un programa de cirugía bariátrica robótica: análisis de la curva de aprendizaje para el abordaje totalmente robótico

**Mohamed Hassin Mohamed Chairi, Jennifer Triguero Cabrera, Mónica Mogollón González, Cristina De Las Mercedes Plata Illescas, Jesús María Villar Del Moral, María Jesús Álvarez Martín.**  
**Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.**

**Objetivos:** Presentar la experiencia inicial y resultados a corto plazo de un programa de cirugía bariátrica robótica (CBR) en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo de una serie prospectiva de pacientes sometidos a CBR (Da Vinci XIÓ, Intuitive Surgical) entre febrero y diciembre de 2022.

Se incluyeron pacientes candidatos a cirugía bariátrica primaria y revisional, que cumplieron con los requisitos del protocolo de nuestro centro. Las intervenciones realizadas fueron gastrectomía vertical (GV) y bypass gástrico en Y de Roux (BGYR). El abordaje fue totalmente robótico, mediante el uso de los 4 brazos. Los enfermos fueron intervenidos por un mismo cirujano bariátrico con experiencia en laparoscopia, sin conocimientos previos en cirugía robótica.

Dentro de los candidatos, inicialmente se seleccionaron pacientes con IMC y comorbilidades favorables, cuyo morfotipo permitiera conseguir una mayor capacidad abdominal.

Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes; las cuantitativas por su media y desviación estándar.

**Resultados:** 20 pacientes fueron incluidos: 13(65%) mujeres y 7(35%) varones. La edad media fue 48,3(± 8,9) años. Las comorbilidades más frecuentes fueron: síndrome de apnea obstructiva del sueño (60%), hipertensión arterial (45%) y diabetes mellitus (40%). El IMC preoperatorio medio fue 39,6 (±4,8) kg/m<sup>2</sup>. En 17 casos (85%) se administró dieta preoperatoria muy baja en calorías, con un tiempo medio de duración de 4,8 (± 1,3) semanas.

Los procedimientos realizados fueron: 12 (60%) GV, 6 (30%) BGYR primarios y 2 (10%) revisionales por reflujo tras GV laparoscópica, añadiendo "resizing" del pouch. Se realizó hiatoplastia en 2 casos sometidos a BGYR. En los BGYR, la anastomosis gastroyeyunal fue manual en 6 casos, y mecánica lineal en el restante. La GV se realizó con endograpadoras robóticas, protegiendo la carga con Seam-GuardÓ.

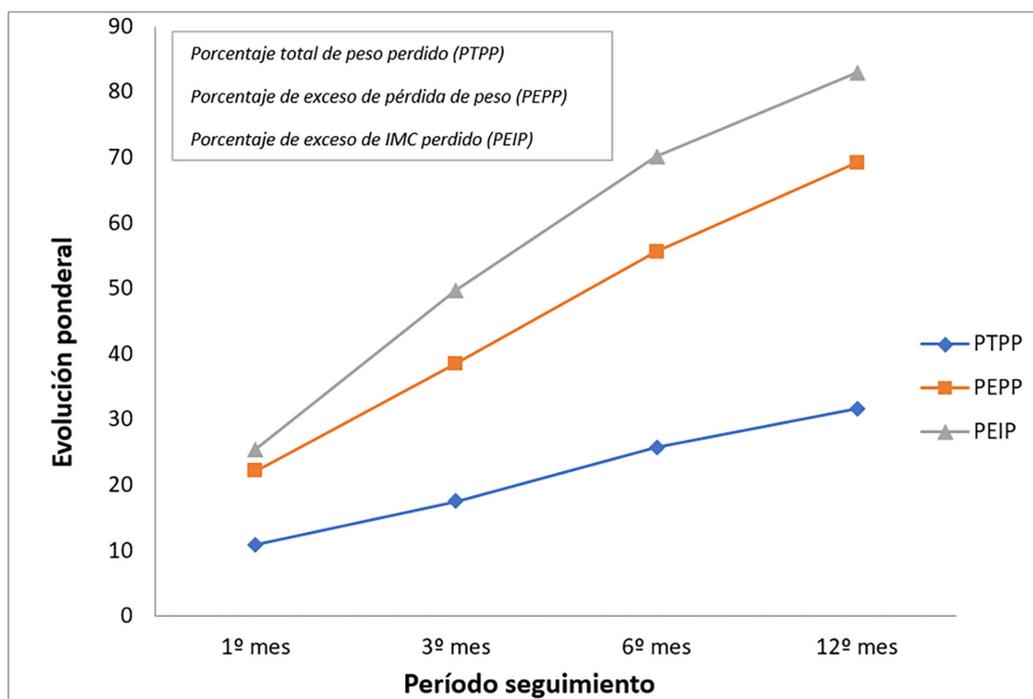
El tiempo operatorio medio global fue 196(±71) minutos, incluyendo el "docking". Para la GV fue de 164,7(± 45,7) minutos y para el BGYR de 270,6(± 29,6) minutos. La diferencia en el tiempo quirúrgico entre el primer y el último procedimiento realizado fue de 105 y 70 minutos para la GV y el BGYR primario respectivamente.

Ningún caso precisó conversión a cirugía abierta o laparoscópica. Las complicaciones intraoperatorias detectadas fueron: un caso de enfisema subcutáneo masivo y una laceración hepática traumática por una pinza robótica, sin repercusión. No se colocó drenaje en ningún caso.

La morbilidad global fue: sangrado intraluminal del pie de asa en un paciente sometido a BGYR que precisó reintervención quirúrgica; infección de herida quirúrgica en relación a la extracción de la pieza en un paciente sometido a GV; y colección intraabdominal tras BGYR tratada mediante drenaje y antibioterapia con necesidad de reingreso. La estancia hospitalaria media fue de 2,4 (± 2,3) días.

La evolución ponderal durante el primer año de seguimiento viene expresada en el gráfico 1.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, la CBR constituye un abordaje seguro para un cirujano bariátrico experimentado, con bajas tasas de complicaciones. El aumento progresivo de la complejidad de los procedimientos durante la curva de aprendizaje favorece buenos resultados a corto plazo y una optimización progresiva de los tiempos quirúrgicos.



P-45

## Resultados preliminares a largo plazo del Bypass Gástrico Laparoscópico en Y de Roux (BGYR) frente a Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GV) en pacientes con obesidad mórbida

**María Valero Soriano, Francisco Miguel González Valverde, Isabel María Jiménez Moreno, José María Rodríguez Lucas, Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz, María Encarnación Tamayo Rodríguez, María Belén Agea Jiménez, Andrea María Hurtado Vázquez, Manuel Redondo Martínez, Antonio Albarracín Marín-Blázquez.**

**Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.**

**Objetivos:** Evaluar la eficacia terapéutica en términos de pérdida de peso del BGYR comparado con la GV en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, según los resultados del porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP), porcentaje de exceso de IMC perdido (%EIMCP) y porcentaje de peso total perdido (%PTP) a los 5 años de la cirugía.

Comparar, en los pacientes intervenidos mediante BGYR frente a la GV, la evolución de las principales comorbilidades asociadas a los 5 años postoperatorios.

**Material y métodos:** Ensayo clínico fase III, unicéntrico y aleatorizado, incluyendo a un total de 100 pacientes (70 mujeres y 30 hombres), con una edad media de  $41 \pm 10,51$  años, intervenidos por obesidad mórbida en nuestro centro entre Mayo de 2013 y Mayo de 2015. Los sujetos se aleatorizaron para ser intervenidos mediante BGYR o GV. La recogida de los datos se ha realizado a los 5 años de la cirugía.

**Resultados:** Las variables %EPP y %EIMCP se han clasificado según resultados en excelente si  $> 65\%$ , bueno si  $50-65\%$ , y fracaso si  $< 50\%$ ; mientras que el %PTP que se ha clasificado como resultados buenos-excelentes si  $> 20\%$  y fracaso si  $< 20\%$ . No se han observado diferencias significativas en la tasa de resultados buenos-excelentes del %EPP entre ambos grupos de tratamiento (20% en BGYR vs 17,8% en GV; y 66% en BGYR vs 60% en GV). Tampoco se han obtenido diferencias significativas en la tasa de resultados buenos-excelentes del %EIMCP (20% en BGYR vs 13,3% en GV; y 72% en BGYR vs 66,7% en GV). No obstante, sí hemos observado diferencias estadísticamente significativas en la tasa de resultados buenos-excelentes del %PTP entre ambos grupos de tratamiento (96% en BGYR vs 82,22% en GV ( $p = 0,012$ )).

En relación a las comorbilidades, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento en la remisión de la hipertensión (44,1% en BGYR vs 26,7% en GV), ni tampoco se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento en la remisión de la dislipemia (14,7% en BGYR vs 6,7% en GV). No obstante, sí se objetivaron diferencias significativas en la tasa de remisión de la diabetes (14,7% en BGYR vs 36,7% en GV), aunque la prevalencia de esta comorbilidad era más del doble en el grupo de GV.

**Conclusiones:** En nuestros resultados parece que, a largo plazo, el BGYR consigue unos mejores resultados de pérdida de peso total según el %PTP; aunque no conseguimos demostrar resultados buenos-excelentes en los otros dos parámetros de pérdida de peso. En la resolución de las comorbilidades, podríamos concluir que ambas técnicas son igualmente eficaces a largo plazo.

En cirugía bariátrica es fundamental la motivación del paciente para obtener buenos resultados. Se debe insistir en realizar ejercicio físico regular y una dieta adecuada. No es infrecuente que los pacientes desarrollen de nuevo hábitos poco saludables, causando pérdida ponderal inadecuada o reganancia de peso. Por ello, es esencial una buena comunicación entre el cirujano y los demás especialistas con el paciente, y mantener el seguimiento a largo plazo.

P-46

## **Bypass gástrico con anastomosis gastroyeyunal calibrada por laparoscopia. Evolución y detalles técnicos después de nuestra experiencia de más de 25 años**

**Elia Bartra Balcells, Esther Raga Carceller, Marta Paris Sans, Margarida Vives Espelta, Anna Trinidad Borrás, Mercè Hernández González, Santiago Blanco Blasco, Stephanie Haupt, Fatima Sabench Pereferrer, Daniel Del Castillo Déjardin.**  
**Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.**

El Bypass gástrico por laparoscopia es considerada la técnica "gold standart" para el tratamiento de la Obesidad Mórbida.

Se han realizado en los últimos 20 años más de 3000 intervenciones quirúrgicas de cirugía bariátrica con 1980 bypass gástrico mediante anastomosis gastroyeyunal calibrada por laparoscopia (Mc Lean Gagner) a 25 mm.

Se describe los detalles técnicos de cada paso y su evolución en este periodo.

El paciente está en posición de Lloyd Davis, colocación de 6 trócares, 2 de 5 mm, 2 de 12 mm y 2 de 10 mm. Colocación del primer trócar sin insuflación previa con la aguja de Veress y mediante trócar óptico. Infiltración con Ropivacaína de heridas trócares.

Diseción sistemática del ángulo de His y transección gástrica con GIA de 45 y 60 mm, confeccionando un reservorio de 50 ml.

Introducción via oral de sonda con Orvil de 25 mm. Sección vertical del epiplón mayor y localización del ángulo de Treitz para contar 60-80 cm de yeyuno que se secciona mediante GIA 60 mm. Anastomosis gastroyeyunal con CEEA 25 mm, grapa de 3,5 mm.

Comprobación sistemática de la anastomosis mediante insuflación aire, instilación agua, o bien con azul de metileno.

Contaje longitud asa alimentaria según IMC paciente que oscila entre 100 y 150 cm.

Anastomosis yeyuno-yeyunal con Gia 60 mm.

Cierre sistemático de brecha mesentérica i hiato de Petersen.

Cierre herida mayor del trócar mediante control laparoscópico e instilación intraperitoneal de Ropivacaína.

La mayoría de los pacientes se benefician del protocolo de recuperación multimodal (Fast-Track) y a las pocas horas el paciente está en la planta de hospitalización.

**Resultados:** La estancia media durante los primeros 10 años era de 4-5 días, sin embargo en los últimos años ha ido disminuyendo llegando a unos 2,2 días. La morbilidad en este ultimo periodo es de 1-2 % y una mortalidad de 0.12 %

**Conclusión:** El avance de la tecnología en la cirugía laparoscópica ha permitido su mejor evolución a favor de una mayor seguridad y más rápida recuperación del paciente.

P-47

## Cirugía de acortamiento del asa común por pérdida insuficiente de peso

Francisco Miguel González Valverde<sup>1</sup>, Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz<sup>1</sup>, Belén Agea Jiménez<sup>1</sup>, Marien Tamayo Rodríguez<sup>1</sup>, María Valero Soriano<sup>1</sup>, Isabel María Jiménez Moreno<sup>1</sup>, José María Rodríguez Lucas<sup>1</sup>, Cristina García Zamora<sup>2</sup>, Juan Carlos Navarro Duarte<sup>3</sup>, Victor Soriano Giménez<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España; <sup>2</sup>Hospital Dr. Rafael Méndez, Lorca, España; <sup>3</sup>Hospital Dr. Rafael Méndez, Murcia, España.

**Introducción:** La reganancia y la pérdida insuficiente de peso son circunstancias bastante habituales tras un bypass gástrico de asa corta. Presentamos un caso de reganancia de peso que se intervino para acortamiento del asa común a los 10 años de la primera cirugía. Nuestro objetivo es determinar la eficacia de la conversión a distal del bypass gástrico en estos pacientes.

**Caso Clínico:** Mujer de 56 años intervenida por obesidad tipo III en 2013 (Peso 105 kg, IMC: 43, 1 kg/m<sup>2</sup>, H. 156 cm) con pérdida adecuada de peso hasta alcanzar un peso mínimo de 63 kg (IMC: 25,88 kg/m<sup>2</sup>).

Por circunstancias personales agravadas por la situación de confinamiento durante la pandemia, la paciente reganó peso hasta un máximo de 92 kg, que pudo reducir a 87 kg (35,74 kg/m<sup>2</sup>) en el momento de la reintervención, sin asociar HTA ni diabetes. Por abordaje laparoscópico se le realizó un acortamiento del asa común, desde unos valores iniciales de 470 cm (Asa BP inicial 70 cm, AA inicial 200 cm) hasta 320 cm (alargando el asa bilipancreática).. Se analizaron el IMC, glucosa, proteínas totales, albúmina, transferrina, hierro, hemoglobina y hematocrito, previos a la reintervención y tras un seguimiento corto, de 6 meses.

Tras el acortamiento la paciente ha perdido 9 kg y pesa actualmente 78 kg (IMC 32,05 kg/m<sup>2</sup> de IMC), pero no ha perdido peso durante el último mes. El análisis de los parámetros nutricionales no ha mostrado alteraciones significativas y no han aparecido signos de intestino corto como diarrea o malnutrición. Paradójicamente, la paciente describe estreñimiento desde la intervención.

**Conclusiones:** La cirugía de acortamiento del asa común tras fracaso de un bypass gástrico añade una limitada pérdida de peso, sin alterar los parámetros nutricionales y manteniendo una aceptable calidad de vida.

P-48

## Métodos de cierre y refuerzo de la gastrectomía vertical laparoscópica. Evaluación de la fuga postoperatoria en una serie histórica de 11 años

José Fernando Trebolle, Mónica Valero Sabater, Ana Isabel Pérez Zapata, Melody García Domínguez, Miguel Cantalejo Díaz, Vanesa Zambrana Campos, Alejandro García García, Juan Luis Blas Laína.  
Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

**Introducción:** La gastrectomía vertical laparoscópica es una de las técnicas más realizada en la actualidad en cirugía bariátrica. La fuga postoperatoria es la complicación más temida que puede aparecer en el postoperatorio. Hay múltiples posibilidades técnicas para conseguir un correcto cierre. La evolución de las endograpadoras dando el paso a las suturas automáticas, el refuerzo de la línea de grapado ya sea integrado en la carga o con sobresutura manual y la aplicación de sellantes de fibrina son distintas opciones que pueden aplicarse en estas cirugías.

**Objetivos** - Presentar la serie de gastrectomías verticales del Hospital Royo Villanova de Zaragoza y los resultados con los diferentes métodos de cierre y refuerzo de la línea de grapado.

**Material y método:** Todos los pacientes incluidos en la serie fueron extraídos de la base de datos de cirugía bariátrica del Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova de Zaragoza. Se realiza un análisis descriptivo de la serie y de los resultados obtenidos en relación a la fuga postoperatoria.

**Resultados:** Desde Enero de 2012 hasta Febrero de 2023 se han realizado un total de 534 gastrectomías verticales por vía laparoscópica. Las técnicas de grapado utilizadas fueron: GRUPO 1 - Sutura mecánica + sobresutura manual con hilo irreabsorbible (111 - 20,78 %); GRUPO 2 - Sutura mecánica reforzada (298 - 55,80 %); GRUPO 3 - Grapadora automática (10 - 1,87 %); GRUPO 4 - Grapadora automática + sellante de fibrina (95 - 17,79 %); GRUPO 5 - Grapadora automática + sobresutura manual con hilo irreabsorbible + sellante de fibrina (20 - 3,74 %). El número total de fugas fue de 11 (2,05 %). La distribución según los grupos establecidos fue: GRUPO 1 - 2 (1,80 %); GRUPO 2 - 3 (1,00 %); GRUPO 3 - 2 (0,2 %); GRUPO 4 - 4 (4,21 %); GRUPO 5 - 0 (0 %).

**Conclusiones:** La gastrectomía vertical laparoscópica ha evolucionado con los avances obtenidos en los métodos de cierre de la línea de grapado del estómago. Existen diferentes opciones de refuerzo aplicables hoy en día, para aumentar la seguridad y prevenir la fuga postoperatoria. Establecer una comparativa entre los distintos métodos es difícil, pero la experiencia de cada unidad de cirugía bariátrica es la que marca la necesidad de emplear uno u otro método, si bien no hay publicado en la literatura evidencia científica a favor o en contra de ningún método.

P-49

## Tratamiento endoscópico de fuga crónica tras cirugía bariátrica. Un caso complejo

**Laura Jiménez Díaz, María Asunción Acosta Mérida, Carlos Fernández Quesada, José Antonio Casimiro Pérez, María Del Mar Callejón Cara, Luis Piñero González, David Ortiz López, Joaquín Marchena Gómez.**  
**Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.**

**Introducción:** Las fugas y fístulas postquirúrgicas tras cirugía bariátrica pueden aparecer hasta en el 5.5% de los pacientes y constituye una complicación grave con una alta mortalidad. Las fugas tardías y crónicas son menos frecuentes y constituyen un reto tanto para el cirujano como para el resto del equipo implicado en el tratamiento de estos pacientes, que requerirán una atención multidisciplinar con profesionales con especial dedicación y tratamiento de las complicaciones de la cirugía bariátrica.

**Material y métodos:** Presentamos el caso así como las imágenes endoscópicas y radiológicas de un paciente con fuga tardía y crónica tras cirugía bariátrica tratado de forma endoscópica y percutánea.

**Caso clínico:** Paciente varón de 54 años, con antecedentes personales de DM2, HTA, Cardiopatía isquémica, intervenido por obesidad mórbida, realizándose gastrectomía vertical laparoscópica, con fuga tardía (tres años más tarde) diagnosticada tras estudio por síndrome febril e infecciones respiratorias de repetición, tratada con endoprótesis. Tras retirada de la prótesis, el paciente mejora clínicamente. Se realiza TAC toracoabdominal de control, objetivándose extravasación de contraste adyacente al fundus gástrico hacia colección hidroaérea y trayecto fistuloso que atraviesa el diafragma, en relación con fístula enteropulmonar, por lo que ingresa para tratamiento. Se inicia cobertura antibiótica y drenaje pleural percutáneo, con cultivo positivo por *S. Anginosus* multisensible. Se realiza intento de tratamiento endoscópico aplicando técnica de abrasión y revitalización de los orificios y se intenta cierre mecánico con dispositivo Ovesco, implantando además, prótesis bariátrica totalmente cubierta. Durante el ingreso, repetidos problemas de migración protésica distal que precisan recolocación y finalmente retirada por mala tolerancia clínica. Tras comprobar fracaso del tratamiento local con cepillado, argón y Ovesco y persistencia de los orificios, se decide insistir en prótesis bariátrica. Se realiza nueva endoscopia en la que se implanta nueva prótesis totalmente cubierta, fijada al esófago y colocación de una segunda prótesis parcialmente cubierta, logrando de esta forma solucionar la migración. Se comprueba normoposicionamiento protésico y ausencia de fuga de contraste en EGD, siendo dado de alta. Actualmente, el paciente ha vuelto a ingresar tras objetivarse nuevamente dos colecciones, a la espera de decidir el manejo.

**Conclusiones:** El tratamiento de las fugas crónicas tras cirugía bariátrica requiere de un manejo multidisciplinar por un equipo que conozca tanto la clínica persistente que haga sospechar la existencia de complicaciones estructurales como la anatomía quirúrgica tras las distintas técnicas bariátricas; así como sus potenciales complicaciones. En estos casos es fundamental contar con un endoscopista que conozca y sea capaz de realizar las distintas opciones de tratamiento en casos complejos.

P-50

## La pérdida de peso durante la dieta líquida preoperatoria se correlaciona con la pérdida ponderal postoperatoria a los 2 años de la cirugía bariátrica primaria

Ana Bernabeu García, Esther Mans Muntwyler, Marina Vila Tura, Laura Pulido Martínez, Alex Hugué, Cristina Ferreiro Cassanello, Mireia Arús Figa, Elisabet Palomera Fanegas.

Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, España.

**Objetivo:** Evaluar si el porcentaje de pérdida de peso preoperatorio mediante la dieta líquida (PPDL) hipocalórica hiperproteica se relaciona con una mayor pérdida ponderal a los 2 años de la cirugía en pacientes obesos mórbidos con  $IMC \leq 50 \text{ Kg/m}^2$  en los que la cirugía supone el tratamiento definitivo de su enfermedad.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de datos recogidos prospectivamente en la unidad de obesidad mórbida. Desde enero 2012 hasta febrero 2020 se recogen los pacientes sometidos a cirugía bariátrica primaria con seguimiento mínimo 2 años, analizando los pacientes con un IMC inicial  $\leq 50 \text{ Kg/m}^2$ .

VARIABLES evaluadas: edad, sexo, técnica quirúrgica, talla, síndrome metabólico y el peso a 1 mes preoperatorio, el día de la cirugía y a los 2 años.

Se categorizó la PPDL por cuartiles. Se analizó la media del porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) y de peso total perdido (%TWL) a los 2 años en relación a la PPDL.

**Resultados:** De un total de 604 pacientes operados, 350 presentan un  $IMC \leq 50 \text{ Kg/m}^2$  y un seguimiento mínimo de 2 años. Se categorizaron los %PPDL por (Q25=3,71%; Q50=5,25%; Q75=6,66%), se evaluó la pérdida ponderal conseguida mediante el %EPP y el %TWL.

El 74% eran mujeres, con una edad media de  $49,81 \pm 9,57$  años. El IMC 1 mes antes de la cirugía, %EPP y %TWL medio a los 2 años fueron de  $44,04 \pm 3,68 \text{ Kg/m}^2$ ;  $73,24 \pm 21,63\%$  y  $31,24 \pm 9,28\%$  respectivamente. Se realizó un bypass gástrico en el 73,4% de los pacientes.

La media de PPDL fue de  $5,43 \pm 2,71\%$ . Categorizada por cuartiles (Q25= 3.71%; Q50= 5.25%; Q75= 6.66%), se evaluó la pérdida ponderal en estos grupos mediante el %EPP y el %TWL. Los pacientes que perdieron  $\leq 3,71\%$  (Q1) del peso con la dieta líquida presentaron significativamente peores resultados ponderales a los 2 años (ver tabla).

	%EPP 2 años	P	%TWL 2 años	P
$\leq Q25$ vs $>Q25$ (3,71%)	67,8 vs 75,1	0,006	28,9 vs 32,0	0,007
$\leq Q50$ vs $>Q50$ (5,25%)	71,4 vs 75,1	0,115	30,4 vs 32,1	0,081
$\leq Q75$ vs $>Q75$ (6,66%)	72,9 vs 74,0	0,694	31,1 vs 31,7	0,601

No hemos encontrado una correlación entre este valor y las dos medidas de pérdida ponderal a los dos años de la intervención (%EPP 2 años:  $rs=0,086$  y %TWL 2 años:  $rs=0,086$ ).

Considerando como buena respuesta ponderal un  $\%EPP \geq 50\%$  y/o  $\%TWL \geq 20\%$  esta se consiguió en el 88% y 89,3% de los pacientes según las medidas respectivas.

**Conclusiones:** La valoración de la PPDL nos permite detectar, ya en el día de la intervención, pacientes con OM e  $IMC \leq 50$  con mayor probabilidad de mal resultado ponderal a los 2 años. Plantearíamos una evaluación prospectiva de seguimiento intensificado en pacientes que con la dieta líquida pierden  $\leq 3,71\%$  del peso.

P-51

## Check list específico para pacientes intervenidos de cirugía bariátrica

Beatriz Barragán Alvaro<sup>1</sup>, Elena Ruiz Ucar<sup>1</sup>, Ana Laguna Sanz<sup>2</sup>, Eva Burgos Jiménez<sup>1</sup>, María Jesús Aldea García<sup>1</sup>, Patricia Moreno Jiménez<sup>1</sup>, Luis Barber Castaño<sup>1</sup>, Erika Gamero Bermejo<sup>1</sup>, Daniel Moreno Cabeza<sup>1</sup>, Miguel Magaz García<sup>3</sup>.  
<sup>1</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España; <sup>2</sup>hospital universitario de tenerife, Tenerife, España; <sup>3</sup>hospital universitario de Leon, León, España.

**Introducción:** El Check List, o lista de verificación quirúrgica, fue creada en el año 2009, por la OMS. Es una herramienta sencilla, que tiene como objetivo reforzar la seguridad y ofrecer unos cuidados de calidad al paciente quirúrgico.

**Objetivo:** Crear un Check list específico para los pacientes que van a ser intervenidos de una cirugía bariátrica (By-pass gástrico, Sleeve gástrico, Sadi's).  
Detallar todos los cuidados que estos pacientes requieren.

**Material y método:** Introducir en nuestro programa informático (Selene) los siguientes ítems:  
Preparación del quirófano  
Camilla quirúrgica tipo Alfa (peso máximo 350 kg)  
Soportes especiales para la colocación del paciente.  
Cintas de sujeción específicas.  
Consolas de energía necesarias (bisturí eléctrico, consola Ligasure®, consola bisturí armónico Enseal® )  
Aparataje específico (calentador de sueros, medias neumáticas, bombas de perfusión anestésica...)  
Torre de laparoscopia y monitores accesorios.  
Preparación anestésica  
Anestesia tipo OFA.  
Premedicación 30 minutos antes de la cirugía con (omeprazol, antibiótico, clonidina)  
Medidas de prevención de TPV  
Preparación del instrumental específico  
Caja de instrumental de cirugía bariátrica  
Brazo articulado y separadores hepáticos necesarios.  
Trócares específicos  
Endograpadoras con cargas y refuerzos.  
Sondas orofaríngeas especiales 39Fr y 48F  
Ópticas y cables especiales (verde indocianina)

**Resultado y conclusiones:** Con este listado de verificación se consigue:  
La adecuada preparación del quirófano, con todo lo necesario para realizar la cirugía y asegurar la correcta colocación del paciente.  
Todos los pacientes acuden al transfer del quirófano con la premedicación necesaria para realizar este tipo de anestesia (OFA).  
Tener todos los recursos materiales para realizar cualquier técnica de cirugía bariátrica, en caso de reconversión a otra técnica.  
Ofrecer al paciente en todo momento un entorno seguro y con unos cuidados de máxima calidad.

P-52

## Turismo Médico: Lo barato sale caro

**Alejandro Hueso Mor, Alberto Díaz García, Juan Manuel Sánchez García, Alejandro Menéndez Moreno, Marta Rojas Estevez, Jorge Abellán Fernández, Vanesa Concepción Martín, Carmen Díaz López, Rajesh Gianchandani Moorjani, Manuel Barrera Gómez.**

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

**Introducción:** El turismo médico está en auge por menor coste, mayor laxitud para acceder al tratamiento y menores tiempos. (1)(2)

Desde el 2003 la cirugía bariátrica ha aumentado un 300% a nivel mundial.(2) El 2% de la cirugía bariátrica mundial es en contexto de turismo médico. (3)

La cirugía metabólica es el tratamiento más costoefectivo en el manejo de la obesidad (IMC >40 o IMC >35 + comorbilidades). Las guías recomiendan valoración multidisciplinar (psiquiatría, dietista, endocrinología) para indicar la cirugía. En otros lugares esto se tiene en menor consideración. (2,3)

Las complicaciones más importantes son el sangrado, la fuga, la trombosis. (4)

El seguimiento postquirúrgico es frecuentemente más precario. Muchos regresan a su país en el postoperatorio inmediato con informes en un idioma extranjero. Esto provoca mayor número de complicaciones y detección más tardía. (5)

**Caso clínico:** Mujer de 56 años con antecedente de tres Sleeve gástricos en Perú, España y Colombia (no aporta informes). Manifiesta reciente viaje a Estambul para realizar procedimiento bucodental. Allí comenzó con fuerte dolor abdominal. Acude a hospital donde se le diagnosticada de una lesión benigna intestinal que, según refiere la paciente, requería tratamiento quirúrgico urgente sin precisar naturaleza del mismo. No posee informes. Un mes después acude tras 24h dolor abdominal y náuseas a nuestro centro realizándose un TAC con diagnóstico de cuadro oclusivo.

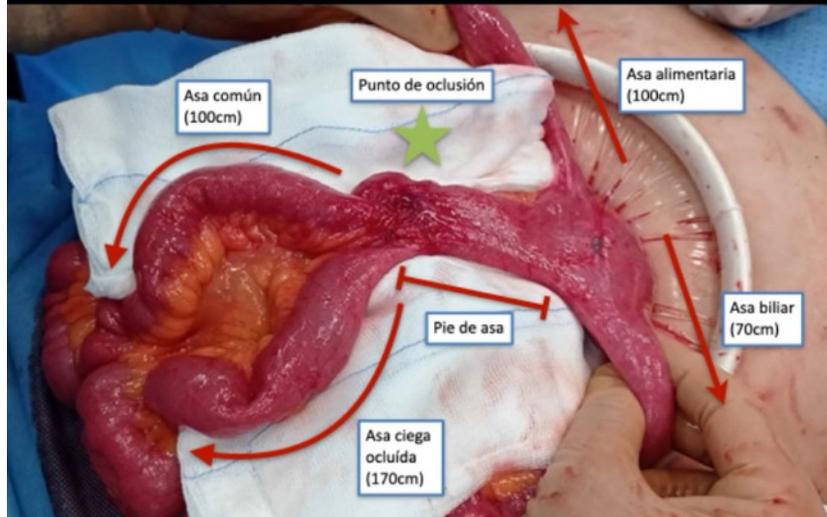
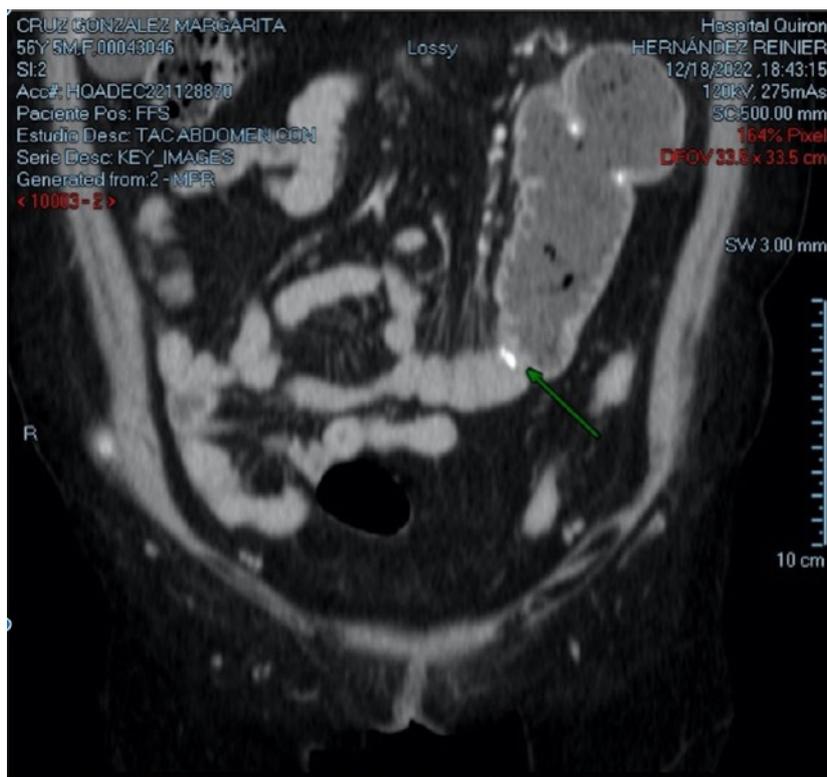
Paciente es llevada a quirófano accediendo por laparoscopia pero ante imposibilidad de completa revisión anatómica se decidió conversión.

Se objetivó asa alimentaria antecólica de 100cm con anastomosis gastroyeyunal y buen aspecto. Estómago remanente tubulizado poco distendido por lo que no se coloca gastrostomía. Asa biliar de 70cm mínimamente dilatada. Pie de asa con buen aspecto y a 10cm de ahí se halla una anastomosis T-L donde un cabo conforma un asa ciega en omega de 170 cm íntimamente adherida al pie de asa y el otro extremo, un asa de 100cm que entra en válvula ileocecal.

Se decide hacer resección por encima de la anastomosis T-L y a ambos lados del asa ileal permitiéndonos conformar una nueva anastomosis a 1m de la válvula ileocólica. El asa ciega adherida al pie de asa se libera y se anastomosa L-L a los 10cm de asa común inciales generando un asa común de 270cm. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al 8º día sin incidencias.

**Conclusiones:** -La cirugía metabólica es el tratamiento más costoefectivo en el manejo de la obesidad y de sus complicaciones.

- El turismo médico está en auge. Debemos estar atentos a las complicaciones derivadas del mismo
- La falta de informes, la mayor laxitud en los criterios que indican la cirugía y la falta de seguimiento al paciente hace que las complicaciones sean más frecuentes y graves que en casos autóctonos.



P-53

## Repercusión social en el tratamiento de la obesidad

**Adriana Arregui Azagra, Elena Martín Gómez, Miriam Echavarri Echániz.**  
Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

**Introducción:** La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, asociada a diferentes trastornos físicos y emocionales. Representa un problema de elevada prevalencia a nivel mundial con gran impacto sobre la morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario. Según datos de la OMS, en 2016 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. Aunque se dispone de escasa evidencia, la literatura disponible desvela la aparición de ciertas complejidades a nivel social como consecuencia de la obesidad que requirieron ajustes en la vida de estos pacientes. Por tanto, conocer y comprender mejor este tipo de problemas es crucial para que los profesionales de la salud apoyen a los pacientes.

**Objetivos:** Analizar el impacto social del sobrepeso en una muestra de pacientes obesos antes y después de ser sometidos a cirugía bariátrica y compararlo con un grupo control en lista de espera.

**Material y métodos:** Estudio piloto experimental en pacientes obesos adultos. En el grupo intervención se incluyeron pacientes obesos antes de recibir cirugía bariátrica (medida pre) y después de haber recibido la intervención (medidas post: 1, 6 y 12 meses después de la operación). Se estableció un grupo de control de pacientes obesos en lista de espera para recibir cirugía bariátrica y a los cuales se les realizaron las mismas cuatro medidas durante un año. Se recogieron datos sociodemográficos y de comorbilidades, y además, se utilizó la Obesity-Related Psychosocial Problems Scale validada al español. Esta escala de 8 ítems mide la influencia del exceso de peso en diferentes áreas sociales a través de una escala tipo Likert de 4 puntos. El estudio fue aprobado por el comité de ética.

**Resultados:** De 26 participantes, 15 fueron mujeres. La edad media fue de 49,61 (DE  $\pm 10,96$ ) y el IMC inicial fue de 39,8 (DE  $\pm 5,07$ ). En cuanto al nivel de estudios el 31% de los sujetos contaba con un título universitario. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas comparando ambos grupos, sin embargo, sí que se observa una mejoría en el tiempo en el grupo de pacientes intervenidos.

**Conclusiones:** Los principales hallazgos de este estudio muestran los beneficios psicosociales y calidad de vida asociados a la cirugía bariátrica a largo plazo.

Palabras clave: obesidad, cirugía bariátrica, impacto social.

P-54

## Aplicaciones del verde de indocianina en cirugía de by-pass gástrico

Virginia Privado Espada<sup>1</sup>, Elena Yanguas Cubo<sup>1</sup>, Cristina Cerrato Mera<sup>1</sup>, Rocío Fernández Díaz<sup>1</sup>, Jose Ramón Aranda Prados<sup>1</sup>, Nuria Remón Lara<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España; <sup>2</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

**Objetivos:** Durante los últimos años se ha incrementado el uso del verde de indocianina aplicado a diferentes procedimientos quirúrgicos. Comenzó a utilizarse de manera intensiva en cirugía colorrectal y hepatobiliopancreática.[1] La finalidad de este trabajo es comprobar la irrigación de las asas intestinales para realizar una anastomosis de las mismas en el lugar más idóneo mediante el uso de un sistema de imagen de fluorescencia (SIF). Esta técnica permitirá una mayor seguridad y eficacia para el cirujano y para el paciente.[2]

**Material y métodos:** El verde de indocianina (ICG) es un colorante que al ser iluminado con una luz de infrarrojo cercano y captado con un filtro de longitud de onda de 830nm, consigue una fluorescencia.[3] La presentación del vial es en polvo, cada uno contiene 25 mg. La dilución se realiza con 10 ml de agua para inyección. En nuestro caso, la dosis a utilizar es entre 0,2-0,5 mg/Kg de peso.[4] No existe diferencia entre su administración por vía venosa central o periférica en cuanto a resultados. Su eliminación es de manera inalterada por la bilis, sin recirculación enterohepática.[5] Se deposita en células tumorales de hepatocarcinoma y en células no tumorales alrededor de metástasis.[6]

El material necesario en quirófano se resume en:

una óptica especial de 30º

un cable de luz de fibra óptica apto para este colorante

una fuente de luz fría específica

La enfermera juega un papel muy importante en cuanto a la preparación y administración, tanto si se decide que la administración es a nivel preoperatorio como en el propio quirófano. Asimismo, es la encargada de la preparación de todo el material necesario durante la cirugía. Esto incluye la comprobación previa del correcto funcionamiento del equipo, realizando correctamente el check list o listado de verificación quirúrgica.

**Resultados:** Existen estudios en los que se analizó el verde de indocianina como uno de los predictores de fallo de sutura evaluando la perfusión de las anastomosis intestinales. En uno de ellos se llegó a la conclusión de que, una vez perfeccionada la técnica de su uso, sería una buena herramienta para auditar la calidad de las anastomosis.[4] Su utilización se ha llevado a cabo en nuestro hospital en: cirugía de by-pass gástrico, cirugía colorrectal y hepatectomías. Existieron dos casos en los que el verde de indocianina ayudó a tomar una decisión determinante en el abordaje de la cirugía. En uno de ellos se vio un carcinomatosis y en otro una línea de grapas de una cirugía previa. Todo esto fueron hallazgos casuales que nos han ayudado a sacar diferentes conclusiones.

**Conclusión:** El verde de indocianina no serviría solo como predictor de fallo de sutura, sino que podría ayudar a identificar estructuras vasculares o tumores. Supone un aumento de la seguridad del paciente en el quirófano; así pues se debería investigar dosis y momento de administración exactos ya que no están claramente establecidos. Mismamente, existe la necesidad de establecer una estandarización de la técnica y creación de protocolos del uso del verde de indocianina a nivel intraoperatorio.



P-55

## Mortalidad en listas de espera para cirugía bariátrica: ¿cuál es la magnitud real del problema?

**Maria Lapeña, Norberto Cassinello, Rosa Martí, Raquel Alfonso, Joaquín Ortega. Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.**

**Introducción:** El alarmante incremento en las cifras de obesidad en nuestra población se traduce en un aumento de pacientes que se beneficiarían de la realización de algún procedimiento de cirugía bariátrica, pues a día de hoy es el mejor tratamiento para esta enfermedad. La limitación de recursos por parte de la administración pública hace que las listas de espera aumenten progresivamente, y de forma paralela el tiempo que estos tardan en operarse (más de 365 días de media).

Al consiguiente empeoramiento de las comorbilidades asociadas o el agravio comparativo con pacientes afectados de otras enfermedades con menor demora para su tratamiento, se asocia un problema que consideramos infraestimado como es la mortalidad de estos pacientes mientras se encuentran en lista de espera quirúrgica.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica para ser intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro y que han fallecido previo a la intervención. Se ha analizado: sexo, edad, índice de masa corporal, tiempo en lista de espera y causa de exitus.

**Resultados:** Hemos registrado 4 casos de mortalidad en pacientes con obesidad mórbida pendientes de ser intervenidos quirúrgicamente en el periodo comprendido entre 2018 y 2021. Se trata de 4 mujeres, con una de edad media de 54 años (51 - 57) y un IMC medio de 54.6 kg/m<sup>2</sup> (47,7 - 60). Todas las pacientes presentaban DM tipo II (no insulinodependiente). El tiempo de espera desde su remisión a consultas de cirugía hasta la visita con cirugía fue de 20 meses (6 - 36). La media de tiempo desde la inclusión en lista de espera quirúrgica hasta el exitus fue de 8 meses (4 - 11). Teniendo en cuenta una media de tiempo de 12 meses (8 - 14) para la realización de las pruebas preoperatorias solicitadas (gastroscopia y ecografía hepatobiliar), esto se traduce en un tiempo medio final de 40 meses desde la remisión del paciente a consultas externas hasta la fecha de exitus. Tres pacientes fallecieron en su domicilio por una parada cardio-respiratoria súbita, sugestiva de infarto o tromboembolismo pulmonar masivo (no hay necropsia) y una falleció debido a una neoplasia de páncreas.

**Conclusiones:** Aunque la solución es compleja y difícil, algunas posibles opciones para evitar este problema podría ser la implementación de scores preoperatorios para priorización de lista de espera tipo OSS o la utilización de programas "especiales" dependientes de las características propias de los centros hospitalarios para agilizar y priorizar los pacientes en lista de espera. En cualquier caso, consideramos que la mortalidad en lista de espera de cirugía bariátrica es un problema del que no tenemos un conocimiento exacto y que muy posiblemente esté infraestimada.

P-56

## Métodos para la medición de asas intestinales en el SADI-S

Elena Yanguas Cubo<sup>1</sup>, Virginia Privado Espada<sup>1</sup>, Rocío Fernández Díaz<sup>1</sup>, Nuria Remón Lara<sup>2</sup>, Cristina Cerrato<sup>1</sup>, José Ramón Aranda<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España; <sup>2</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

El SADI-S (Single Anastomosis Duodeno-Ileal Bypass with Sleeve gastrectomy), fue descrito en 2007 y surge para intentar simplificar el cruce duodenal que conlleva el bypass gástrico. De esta forma, en el SADI-S se realiza una anastomosis entre la primera porción duodenal, distal al píloro, y el íleon proximal (1). Una de las ventajas de esta cirugía es que proporciona una longitud muy exacta del intestino delgado en cuanto al asa alimentaria, de forma individualizada (2).

Inicialmente en el SADI-S, la longitud del asa absorbente era de 200 cm, aspecto que, tras hacer el balance de las cirugías realizadas en un periodo de dos años, se decidió aumentar hasta los 250-300 cm, lo que hizo disminuir el porcentaje de complicaciones postquirúrgicas (diarrea y/o desnutrición) del 8% al 3% (1).

La longitud del intestino delgado determina la capacidad calórica absorbente así como la absorción de micronutrientes, lo cual está altamente relacionado con el éxito de la cirugía bariátrica (3).

**Objetivo:** Exponer los principales métodos para la medición del intestino delgado en el SADI-S.

**Material y métodos:** Se realiza una revisión sistemática de la literatura en las principales bases de datos científicas, como pubmed o Medline.

**Resultados:** Existen varios métodos de medición:

Subjetivos: se miden las asas de manera visual, sin usar ningún tipo de referencia.

**Objetivos:** mediante la ayuda de un sistema informático 3D, con pinzas de laparoscopia marcadas (tipo grasper) o con una cinta de algodón. Son los dos últimos, los más utilizados (4).

Es la enfermera instrumentista quién se encarga de marcar las pinzas de laparoscopia. Se coloca un steri-strip alrededor de la vaina de la pinza, normalmente a una distancia de 10cm contados desde la punta de la pinza. También existen pinzas con la vaina milimetrada, a 5 y 10 cm. En cuanto a la cinta de algodón, también es papel de enfermería medir y cortar la cinta a la distancia deseada. Una vez cortada, se introduce en el abdomen del paciente y se superpone sobre el intestino delgado una y otra vez, hasta lograr la longitud de asas adecuada.

A pesar de que la longitud del intestino delgado es crucial en el éxito de la cirugía, según la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica, sólo el 53% de cirujanos que realizan operaciones bariátricas utiliza un método objetivo para medir la longitud de éste (4).

**Conclusiones:** La cinta de algodón es el método elegido por los cirujanos, como el más fiable, por su exactitud en la medición, aunque bien es cierto, que alarga los tiempos quirúrgicos frente al conteo de asas intestinales con otros métodos. Cabe destacar que, en contrapartida a este dato, el método más utilizado en el día a día, es la medición del intestino delgado con pinzas de laparoscopia marcadas, resulta más cómodo y rápido (4).

Los artículos revisados no resultan esclarecedores en cuanto a que método es mejor, si bien es cierto, que no son muchos los estudios que comparan estas técnicas y puedan aportar mayor evidencia sobre el tema.

P-57

## Metodo lean: el desorden de una unidad de obesidad y cirugia bariatrica tiene cura

**Carme Serra Saus, David Benaiges, Ana Casajoana, Montserrat Villatoro, Teresa Legido, Purificación Salgado, Lourdes Trillo, Alvaro Clemente, Manuel Pera, Alberto Goday.**  
**Hospital del Mar, Barcelona, España.**

**Objetivo:** Descripción de la experiencia de implantar la metodología Lean, como herramienta para optimizar y mejorar la gestión del proceso asistencial, de la unidad de obesidad y cirugía bariátrica.

**Material y método:** Se identificaron problemas en el programa asistencial en la unidad de obesidad y cirugía bariátrica y se decidió como solución, realizar un análisis profundo y detallado, aplicando el método LEAN. El proyecto se basó en: 1) Análisis de la situación real de la unidad y creación de un mapa de flujo, 2) Implementación de los cambios necesarios, con la finalidad de eliminar todos aquello que no añade valor al proceso asistencial, 3) Simplificación de los circuitos, 4) Reducción de los tiempos de espera de los pacientes en todas las fases del proceso.

Metodología empleada: 1) Se contrato una empresa especializada en metodología LEAN, 2) Se organizaron 5 reuniones de 4 horas, durante el periodo de 3 meses, con la finalidad de examinar todas las actividades del proceso asistencial. En la primera reunión, con todo los profesionales implicados en el proceso, se identificaron aquellas actividades que generaban valor y las que no, los circuitos asistenciales claves relacionados con la atención del usuario y los elementos que forman el proceso (recursos humanos y equipamientos), 3) En sesiones posteriores se identificaron las áreas de mejora y se propusieron las acciones para establecer los aspectos que se debían mejorar en las diferentes fases del proceso, 4) Se registraron tiempos e información obtenidos por el equipo. Por último, se realizó el mapa de flujo de valor del proceso futuro para alcanzar los objetivos planteados.

**Resultados:** Esta experiencia permitió, 1) tener una idea más clara de la situación de la unidad, lo cual facilitó determinar las acciones necesarias para la mejora del servicio en beneficio del paciente. 2) Extraer y analizar los indicadores que permitirán monitorizar el funcionamiento del futuro de la unidad y hacer predicciones sobre la técnica y tiempo quirúrgico. 3) Crear un mapa de flujo de valor futuro donde se definieron 3 perfiles de pacientes y se dividió el proceso en 3 subprocesos, lo cual favorece que se pueda regular el ritmo del proceso, ajustando la capacidad de asistencia a la demanda, para tener en todo momento controlado en qué fase del proceso es necesario aumentar capacidad y en cual reducirla, para no aumentar listas de esperas. 4) Determinar la estrategia a seguir para implementar las mejoras y eliminar los problemas encontrados, y poder aumentar la eficiencia del proceso asistencial.

**Conclusiones:** El método Lean es una herramienta de gestión que puede aplicarse a una unidad de cirugía bariátrica para mejorar el proceso asistencial, para aporta valor y eliminar actividades que no aportan valor.

Se ha evidenciado que es necesario reestructurar las fases del proceso asistencial para lograr que este fluya, poner orden allí donde no lo había y, sobre todo, mejorar la eficiencia de los subprocesos que nos ha de permitir disminuir el tiempo del proceso global, reduciendo sus costes y mejorando la capacidad.

P-58

## Analisis bibliográfico sistemático de las longitudes de asas sobre la remisión de la diabetes mellitus 2 en cirugía bariátrica y metabólica

**Fàtima Sabench Pereferrer, Jaume Monllau, Mari Paz Gomez, Marta Paris Sans, Margarida Vives Espelta, Esther Raga Carceller, Elia Bartra Balcells, Anna Trinidad Borràs, Nikolak Lobo, Daniel Del Castillo Déjardin.**  
**Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.**

**Introducción:** La cirugía bariátrica y metabólica ha demostrado lograr mejores resultados en la remisión de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) en pacientes obesos en comparación con el tratamiento médico intensivo. El Bypass gástrico en Y de Roux por laparoscopia (LRYGB) es la técnica que mayores resultados proporciona y que a la vez menos efectos adversos genera. Sin embargo, no existe consenso sobre cuáles son las longitudes de asas intestinales más efectivas.

**Objetivos:** Establecer la medida de asas en el LRYGB que aporta mayores tasas de remisión de la DM2 y mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad.

**Materiales y Métodos:** Se realiza una revisión sistemática en las bases de datos de PubMed y Web Of Science. Tras aplicarse los criterios de inclusión y exclusión se analizan y aceptan únicamente aquellos con nivel de evidencia superior o igual a +1 en la escala SIGN.

**Resultados:** se seleccionan 18 ensayos clínicos y los agrupamos según la longitud de asa biliopancreática (BP) empleada en muy larga (200cm), larga (100-120cm), corta (70-75cm) y muy corta (30-60cm). El rango de edad se encuentra entre 40-50 años con un predominio del sexo femenino. La mayoría de los estudios comprende un seguimiento de entre 1 y 5 años. La media del IMC es de 39.6 kg/m<sup>2</sup>. Todos los grupos presentan una tasa de remisión de la DM2 considerable durante el primer año (siendo la tasa máxima de 80.0% y la mínima de 27.8%), con tendencia a decrementar levemente con los años.

**Conclusiones:** El LRYGB es una técnica efectiva a corto y largo plazo, pero ninguna longitud de asa BP ha demostrado proporcionar mejores resultados en cuanto a la remisión de la diabetes, dislipemia o hipertensión arterial en cuanto se refiere. Sin embargo, los estudios con el asa BP larga (>100-200cm) presentan una mayor disminución de los niveles medios de HbA1c

P-59

## Fístula gastrogástrica post bypass gástrico

**María Hernández O'reilly, Fátima Sánchez-Cabezudo Noguera, Mariana García Virosta, Carmen Rodríguez Haro, Inmaculada Mellado Sánchez, Esther Ferrero Celemín, José Daniel Sánchez López, Jose María Gil López, Miriam Huelves García, Antonio Luis Picardo Nieto.**  
**Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes, España.**

**Objetivos:** Fisiopatología y tratamiento actual de las fistulas gastro-gástricas.

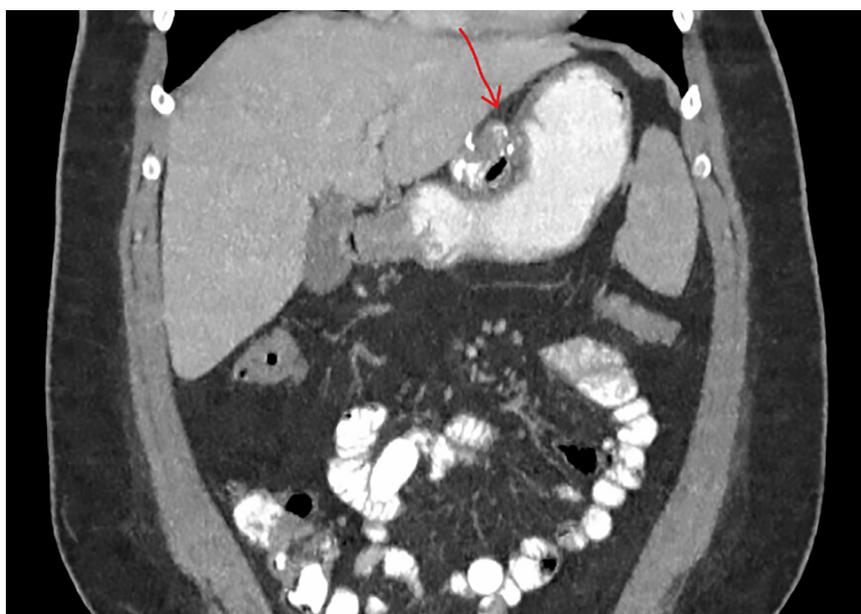
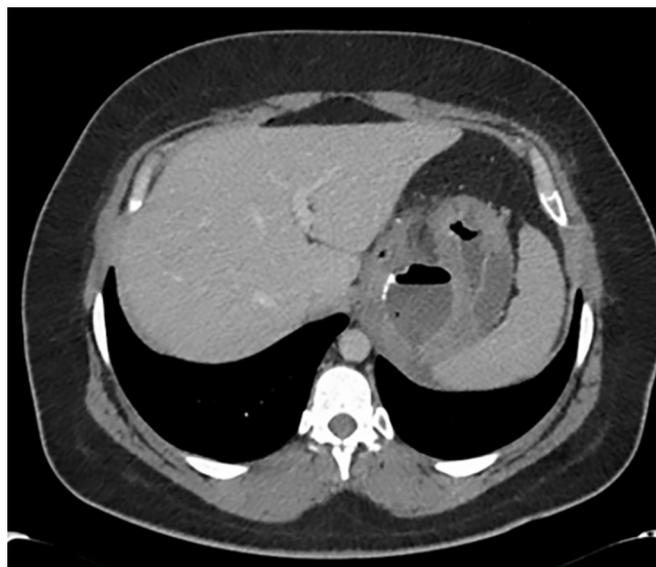
**Material y métodos:** Presentamos el caso clínico de una mujer de 41 años que acude a Urgencias por fiebre postoperatoria de 38°C sin dolor abdominal, tras bypass gástrico la semana previa sin incidencias. La paciente presentaba aumento de reactantes de fase aguda; se realizó una tomografía computarizada (TC) que mostró una colección líquida de bordes definidos de 46 x 38 x 44 mm adyacente a la anastomosis gastroyeyunal, entre el reservorio y la pared medial del estómago excluido (Fig1). Se decidió ingreso y tratamiento conservador con soporte nutricional enteral, inhibidores de la bomba de protones (IBPS) y antibioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico. En un TC de control realizado con contraste oral a la semana, se observó paso de contraste al estómago remanente sin fuga de contraste intraperitoneal, sugiriendo la aparición de fístula gastrogástrica (FGG) (Fig2). Dada la ausencia de fuga libre a cavidad abdominal, estando la enferma asintomática, tolerando dieta líquida, y con normalidad analítica, se decidió el alta hospitalaria.

**Resultados:** La paciente fue seguida en consultas externas con buena evolución. Un TC abdominal en 2 meses, mostró disminución de la colección y ausencia de contraste oral en el remanente con lo que progresó su dieta. Finalmente, se demostró la resolución total del cuadro en un TC abdominal realizado seis meses después.

**Conclusiones:** La FGG es una complicación que puede ocurrir a largo plazo tras la realización de un bypass gástrico. Suele darse en el contexto de reganancia de peso o úlcera gástrica.

En la etiopatogenia de la FGG debe considerarse la dehiscencia de la anastomosis gastro-yeyunal con la subsiguiente formación de una colección que comunica con el estómago remanente, como nuestro caso en cuestión.

Si bien el tratamiento de la FGG suele requerir intervención quirúrgica, en ciertos casos puede tratarse de forma conservadora con IBPS, abstinencia de alcohol, AINES y tabaco, con adecuada evolución ponderal.



P-60

## Insuficiencia hepática a corto plazo en una paciente sometida a bypass gástrico

José María Rodríguez Lucas, Francisco Miguel González Valverde, María Encarnación Tamayo Rodríguez, Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz, María Belén Agea Jiménez, Pedro López Morales, María Valero Soriano, Isabel María Jiménez Moreno, Manuel Redondo Martínez, Antonio Albarracín Marín-Blázquez.  
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.

**Introducción:** La obesidad mórbida es el factor que más se asocia a la enfermedad hepática grasa no alcohólica. La cirugía bariátrica ha demostrado ser el tratamiento más eficaz para conseguir una pérdida de peso suficiente y mantenida, pero sus efectos sobre la patología hepática no están claramente definidos.

**Caso clínico:** Mujer de 38 años con antecedentes personales de obesidad Tipo III (IMC 42,5 kg/m<sup>2</sup>), asma en tratamiento con corticoides inhalados, déficit de IgA, dislipemia mixta, hipotiroidismo, síndrome depresivo, fumadora y uso de CPAP domiciliario por SAHS con ingresos a cargo de Neumología por infecciones respiratorias de repetición.

Se realizó un bypass gástrico proximal laparoscópico (AA a 160 cm de la anastomosis gastroyeyunal y ABP a 60 cm del ángulo de Treitz) siendo reintervenida a las 48h por shock séptico por perforación yeyunal. La evolución postoperatoria fue complicada con ingreso en UCI por distress respiratorio y fallo renal que requirió diálisis. Tras un mes de hospitalización fue dada de alta con la única secuela de una polineuropatía del paciente crítico. Reingresó una semana después por TEP con empeoramiento durante su estancia en Medicina Interna, siendo diagnosticada de neumonía por COVID19. La evolución respiratoria fue favorable, pero 2 semanas después consultó nuevamente por fiebre, ictericia, diarrea (aislamiento de *C. difficile*) y vómitos que obligaron a prescribir nutrición parenteral.

Se realizó una TC que observó una hepatomegalia severa con evidente disminución de la densidad en relación con esteatosis, no presente en estudio preoperatorio, y sin signos de hipertensión portal. En la analítica destacaba el aumento de transaminasas y bilirrubina en contexto de hipertrigliceridemia. Se evidenció una esteatosis hepática severa no conocida y de rápida progresión (confirmada con biopsia hepática). Con tratamiento conservador la paciente evolucionó bien y actualmente se encuentra asintomática, con parámetros analíticos y radiológicos hepáticos normales e IMC 21 kg/m<sup>2</sup>.

**Discusión:** Se han descrito casos de fallo hepático relacionados con la progresión de una esteatohepatitis preexistente y diversos factores asociados con la cirugía bariátrica. Lamentablemente se desconocen los factores que pueden influir en que tras la cirugía ocurran este tipo de complicaciones. El tratamiento varía según la gravedad desde el tratamiento sintomático hasta el trasplante hepático. En nuestro caso los posibles factores desencadenantes fisiopatológicos incluyen el nutricional por reducción de la ingesta de proteínas con movilización excesiva de ácidos grasos y mejoría de la clínica paralela a la mejoría analítica, y el antibiótico por teoría de sobrecrecimiento bacteriano.

**Conclusión:** La esteatohepatitis no alcohólica severa de rápida instauración como complicación de la cirugía bariátrica secundaria a la rápida pérdida de peso es una entidad a tener en cuenta sobre todo en pacientes con una evolución postoperatoria tormentosa.

P-61

## Manejo de fístula gastropleurale tardía tras sleeve gástrico laparoscópico

**Belén Martínez Mifsud, Anna Curell, Paula González Atienza, Víctor Turrado Rodríguez, Xavier Morales, Dulce Momblán, Ainitze Ibarzabal.**  
**Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.**

**Objetivos:** Las fístulas gastropleurales (FGP) son una complicación muy infrecuente tras la cirugía de *sleeve* gástrico (SG), que pueden asociar una elevada morbimortalidad. La clínica de presentación suele ser insidiosa y variable, incluyendo síntomas inespecíficos como taquipnea, dolor torácico, fiebre y tos. En el caso de aparición de infecciones respiratorias de repetición en pacientes sometidos a SG, el índice de sospecha debe ser elevado.

Dada la baja incidencia de estas complicaciones, el manejo terapéutico de las FGP no se encuentra claramente establecido. En la literatura se defiende la cirugía como el tratamiento inicial de elección, aunque no está exenta de complicaciones intra y postoperatorias. El tratamiento conservador puede ser una buena alternativa en casos seleccionados, incluyendo antibioterapia intravenosa, colocación de drenajes percutáneos y técnicas endoscópicas, con resultados variables.

**Material y métodos:** Presentamos el caso clínico de una mujer de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial, bocio multinodular y obesidad grado III (IMC 45 kg/m<sup>2</sup>), intervenida de SG, que presentó un postoperatorio sin incidencias y fue dada de alta domiciliaria a las 48 horas postoperatorias.

**Resultados:** Seis meses tras la intervención, ingresó en Medicina Interna con orientación diagnóstica de infección respiratoria. Las radiografías de tórax objetivaron una imagen pulmonar basal con nivel hidroaéreo. Tras valoración por Cirugía, se realizó un TC con contraste oral que mostraba una colección subpulmonar izquierda, con trayecto fistuloso hasta la cara lateral del estómago tubulizado, asociando áreas pulmonares con patrón en vidrio deslustrado. El tránsito gastroduodenal mostró la presencia de un trayecto fistuloso proveniente del cuerpo gástrico con extensión a base pulmonar izquierda, confirmando la sospecha de fístula gastropleurale.

La paciente presentaba una fístula tardía y dado que presentaba un estado general conservado, inicialmente se planteó un tratamiento no quirúrgico. Se colocó un drenaje torácico para control del foco séptico, con obtención de material purulento. Tras iniciarse antibioterapia de amplio espectro y nutrición parenteral, al noveno día de tratamiento se colocó una prótesis esofágica. La evolución posterior fue favorable, requiriendo colocación de otra prótesis telescópica que más adelante fue retirada. A los 19 días se inició nutrición enteral con sonda nasoyeyunal, y al mes se realizó una dilatación pilórica endoscópica para disminuir la presión retrógrada sobre el orificio fistuloso y facilitar el vaciamiento gástrico. Al mes y medio de ingreso se pudo iniciar dieta oral. La paciente fue dada de alta a los dos meses, sin presentar complicaciones posteriores. Tras más de cinco años de seguimiento no ha presentado recidiva de la fístula.

**Conclusiones:** La fístula gastropleurale es una complicación grave del *sleeve* gástrico extremadamente inusual pero que debe sospecharse en pacientes postoperados con infecciones respiratorias o fiebre recurrentes. El manejo conservador mediante técnicas endoscópicas puede ser una buena alternativa terapéutica a la cirugía en casos seleccionados, teniendo en cuenta el estado de los pacientes y el tiempo de aparición de la fístula tras la cirugía.

P-62

## Degastrogastrectomía como solución de una úlcera marginal perforada tras un bypass gástrico

**Mar Vallés Moltó, Manuel Medina García, Débora Acín Gándara, Elena Ruiz Úcar, María Muñoz Martín, Victoria Antolín Sánchez, Pablo Haro Preston, Paula Fernández Briones, Natalia Rodríguez Blázquez, Fernando Pereira Pérez.**  
**Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España.**

**Objetivos:** Presentar el caso clínico de una úlcera marginal perforada tras un bypass gástrico que requirió degastrogastrectomía con resección casi total del remanente, con resultado final satisfactorio.

**Material y métodos:** La úlcera marginal es una de las complicaciones características, aunque no muy frecuente del bypass gástrico. Menos común es la perforación de ésta, pudiendo llegar a ser una complicación potencialmente grave.

Aunque la patogenia es multifactorial y actualmente continúa en debate, existen factores de riesgo comúnmente descritos y relacionados con el proceso como son el tabaquismo, la existencia de una fístula gastro-gástrica o la ingesta de AINEs.

Presentamos el caso de una mujer de 34 años, fumadora y diabética tipo II entre otros antecedentes, a la que se le realizó un bypass gástrico por obesidad mórbida (IMC 46). La paciente refería episodios de dolor abdominal intenso a los 5 meses de la intervención por lo que se decidió realizar una endoscopia digestiva alta en la que se observó una úlcera de 2cm con fondo fibroso en la vertiente intestinal de la anastomosis gastroyeyunal. El tratamiento inicial fue dosis altas IBPs y una fuerte recomendación del cese del hábito tabáquico. Se realizó endoscopia de control 4 meses después, observándose empeoramiento con aumento de tamaño y profundidad del nicho ulceroso. Ante la persistencia de la sintomatología y la falta de respuesta al tratamiento conservador, se decidió cirugía de revisión para realizar resección de la zona ulcerada y reconfección de una nueva anastomosis.

**Resultados:** Previamente a la cirugía se realizó un tránsito digestivo para descartar complicaciones relacionadas como una estenosis o la presencia de una fístula gastro-gástrica, en el que no se observaron hallazgos patológicos.

Se intervino la paciente por vía laparoscópica siendo necesario disecar y liberar con dificultad la anastomosis gastroyeyunal por la intensa fibrosis que presentaba a los tejidos de alrededor, comprobándose una perforación de la úlcera en la cara posterior que penetraba hasta la pared anterior del remanente gástrico. Se resecó la anastomosis previa añadiendo una gastrectomía subtotal del remanente incluyendo la zona ulcerada y se realizó una nueva anastomosis gastroyeyunal. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente fue dada de alta a las 48 horas con buena evolución.

**Conclusiones:** La aparición de una úlcera marginal en la anastomosis gastroyeyunal de un bypass gástrico es una complicación no muy frecuente, aunque si característica de esta técnica en presencia de factores de riesgo

Si el tratamiento conservador inicial no es eficaz o surgen complicaciones severas, está indicada una cirugía de revisión, precisando resecar la zona afectada y rehacer la anastomosis previa.

Para evitar una úlcera marginal tras el BPGY, se debe tener especial cuidado en la prevención de factores claramente relacionados, como el tabaco, la ingesta de AINEs o la hipersecreción ácida, y descartar siempre la presencia de una fístula gastrogástrica.

P-63

## Grupos de apoyo preoperatorios, ¿juegan un papel realmente eficaz en los resultados de la cirugía bariátrica?

María Arteaga Ledesma, Mónica Mogollón González, Jennifer Triguero Cabrera, Cristina Plata Illescas, Jesús María Villar Del Moral, María Jesús Álvarez Martín. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

**Objetivos:** En este estudio evaluamos la influencia que la asistencia a los grupos de apoyo preoperatorios (GAP) tiene sobre la optimización preoperatoria del peso en pacientes candidatos a cirugía bariátrica (CB), así como el efecto en la pérdida ponderal y resolución de comorbilidades tras CB.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluye pacientes sometidos a CB entre Septiembre de 2020-Febrero de 2022. Los pacientes fueron estratificados en 2 grupos: asistencia a GAP vs. no asistencia. Los criterios de inclusión a los GAP fueron: mala adherencia al tratamiento nutricional, cirugía revisional y/o IMC $\geq$ 50 Kg/m<sup>2</sup>. Los GAP constaron de 7 sesiones, semanales, realizadas durante el año previo a la CB.

Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. En el estudio estadístico se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo un valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron un total de 87 pacientes, de los cuales 32(36,8%) asistieron a sesiones de GAP y 55(63,2%) no asistieron. La mediana de IMC previo a la asistencia a los GAP fue de 50,1(45-56,3) Kg/m<sup>2</sup>. El seguimiento mínimo fue de 12 meses.

La siguiente tabla muestra el análisis comparativo realizado entre ambos grupos:

	<b>Asistencia GAP (n=32)</b>	<b>No asistencia GAP (n=55)</b>	<b>P-valor</b>
Edad	51(38,5-57)	50(39-54)	0,540
Sexo			
-Mujer	24(75%)	30(54,5%)	<b>0,046</b>
-Varón	8(25%)	25(45,5%)	
Comorbilidades			
-HTA	18(56,3%)	28(50,9%)	0,399
-DM	9(28,1%)	17(30,9%)	0,491
<b>-Dislipemia</b>	5(15,6%)	24(43,6%)	<b>0,006</b>
-SAOS	19(59,4%)	38(69,1%)	0,246
<b>Evolución peso lista de espera (LE)</b>			
-Pérdida	26 (81,2)	27 (49,1)	<b>0,003</b>
-Reganancia	6 (18,7)	28 (50,9)	
<b>% Pérdida ponderal LE</b>	5,1 (1,5-7,8)	3,2 (1,2-4,8)	<b>&lt;0.001</b>
<b>% Reganancia ponderal LE</b>	3,4 (1,1-6,2)	4,5 (3,1-7,8)	<b>&lt;0.001</b>
IMC preoperatorio	49 (42,8-52,3)	47,9(43,03-49,8)	0,329
Técnica quirúrgica			
-GVL	22(68,8%)	37(67,3%)	0,322
-BGPL	5(15,6%)	14(25,5%)	
-BGPL revisional	5(15,6%)	4(7,3%)	
Dindo-Clavien			
-I-II	32(100%)	53(96,4%)	0,397
-II-IV	0(0,0%)	2(3,6%)	
-V	0(0,0%)	0(0,0%)	
<b>Estancia hospitalaria (días)</b>	2(2-3)	3(2-4)	0,016
Remisión HTA			
-No	3(18,8%)	8(26,7%)	0,192
-Parcial	5(31,3%)	3(10%)	
-Total	8(50%)	19(63,3%)	
Remisión DM			
-No	2(22,2%)	5(27,8%)	0,852
-Parcial	1(11,1%)	3(16,7%)	
-Total	6(66,7%)	10(55,6%)	
Remisión dislipemia			
-No	1(50%)	5(25%)	0,481
-Total	1(50%)	15(75%)	
<b>Remisión SAOS</b>			
-No	10(62,5%)	8(21,6%)	<b>0,014</b>
-Parcial	3(18,8%)	11(29,7%)	
-Total	3(18,8%)	18(48,6%)	
Porcentaje peso total perdido			
<b>-1º mes</b>	8,07(6,14-11,03)	11,9(8,57-14,49)	<b>0,004</b>
<b>-3º mes</b>	14,8(10,67-20,76)	18,7(16,49-26,07)	<b>0,028</b>
-6º mes	25,7(20,37-28,82)	27,8(22,90-31,92)	0,101
-1º año	29,3(21,70-34,83)	33,3(29,86-36,39)	0,085
-2º año	32,9(24,87-40,98)	36,6(27,92-40,90)	0,392

**Conclusiones:** Según nuestros resultados, la asistencia a GAP favorece una mayor y mejor pérdida de peso preoperatoria asociando una menor estancia hospitalaria. Respecto a la resolución de comorbilidades y pérdida ponderal postoperatoria, los resultados fueron significativamente mejores en la remisión y mejora de SAOS así como en el porcentaje de peso total perdido al 1º y 3º mes tras la cirugía en el grupo de pacientes sin asistencia a GAP.

Por tanto, según nuestra serie, los GAP son eficaces como parte integral de la optimización previa a la CB, pero no asocian mayor pérdida ponderal postoperatoria ni un mejor control de las comorbilidades.

P-64

## Importancia de la realización de la pHmetrías en úlceras de neoboca ¿Podría ser un factor predictor de cirugía de revisión en pacientes respondedores a IBP?

**Silvia Fernández Noël, Alberto Garcia Picazo, Pilar Gomez Rodriguez, Viviana Vega, Cristina Alegre, Mercedes Bernaldo De Quiros, Javier Martinez Caballero, Elias Rodrgiuez Cuellar, Felipe De La Cruz Vigo, Eduardo Ferrero Herrero. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.**

**Objetivos:** El desarrollo de úlceras marginales (UM) es una complicación conocida después del Bypass en Y de Roux. Si bien la mayoría responden a la terapia médica, muchos pacientes tienen UM recurrente o crónica. La etiopatogenia es multifactorial, como el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), tabaquismo, infección por *Helicobacter pylori* (HP), diabetes mellitus (DM II), hipersecreción ácida, inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) o la técnica quirúrgica. El objetivo de este estudio es identificar los factores de riesgo para la formación de UM, en especial la hipersecreción ácida en aquellos pacientes tratados con manejo conservador.

**Material y métodos:** Se desarrolló un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se recogieron los pacientes intervenidos de BGYR entre enero 2011 y febrero 2023 que presentaron como complicación UM en nuestro centro. En todos los casos se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento, así como la evolución postoperatoria. Se realizaron pHmetrías en los pacientes que respondieron al tratamiento conservador, para valoración de la hipersecreción ácida residual y la posible necesidad de cirugía de revisión. Las variables se analizaron con el programa SPSS Statistics (IBM).

**Resultados:** Obtuvimos una muestra de 765 pacientes, el 3,2% (25) presentaron como complicación la UM; un 68% de mujeres y 32% varones. En la tabla 1 resumimos los factores de riesgo recogidos, destacando la presencia de gastritis previa en el 84% de los pacientes. La media de tiempo de aparición de la UM fue de 22 meses desde la cirugía bariátrica. Todos los pacientes recibieron tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, asociado o no a sucralfato, una media de 14 meses. El tratamiento médico fue efectivo en el 52%, mientras que en el 48% restante, no lo fue y por tanto, recibieron una cirugía de revisión. La misma consistió en la reanastomosis gastroyeyunal con disminución del reservorio gástrico mediante laparoscopia. Todos evolucionaron favorablemente. Por otro lado, Se realizó pHmetría a los pacientes en los que el tratamiento conservador fue efectivo, diagnosticando reflujo ácido en el 33,3%, ausencia en el 44,4% y el 22,2% restante no se pudo demostrar por dificultades técnicas (estenosis residual). En aquellos pacientes con reflujo ácido patológico, el 100% respondió a Inhibidores de la bomba de protones (IBP), sin requerir cirugía de revisión a 2 años.

Factor de riesgo	Presente	No Presente
Tabaco	56%	44%
DMII	56%	44%
HP	44%	56%
Gastritis previa	84%	16%
Alcohol	20%	80%
AINES	12%	88%
ISRS	52%	48%

**Conclusiones:** La hipersecreción ácida, es un factor predisponente en la formación de úlceras de neoboca. Para su diagnóstico, la pHmetría pre o postoperatoria podría ser una herramienta muy útil, ya que casi la mitad de los pacientes manejados de forma conservadora presentaban exceso de secreción ácida, a pesar de responder al tratamiento con IBP. Por tanto, se podría establecer la pHmetría como factor predictor de la necesidad de cirugía de revisión, en aquellos pacientes que responden a tratamiento médico, pero que mantienen hipersecreción ácida. Por ello, se requeriría un seguimiento estrecho para descartar reaparición de sintomatología.

P-65

## Uso de las aplicaciones móviles para la optimización preoperatoria en cirugía bariátrica

Irina Palomo López, Cristina Plata Illescas, Mónica Mogollón González, Jennifer Triguero Cabrera, María Jesús Álvarez Martín, Jesús María Villar Del Moral.  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

**Objetivos:** Analizar el uso de la aplicación “Care4Today” por parte de los pacientes con obesidad mórbida incluidos en el protocolo de cirugía bariátrica de nuestro centro. Evaluar su impacto en la pérdida ponderal preoperatoria.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico de pacientes incluidos en el circuito de cirugía bariátrica tras la implementación de “Care4Today” en 2022. Se excluyeron pacientes sometidos a cirugía revisional y aquellos sin acceso a smartphones.

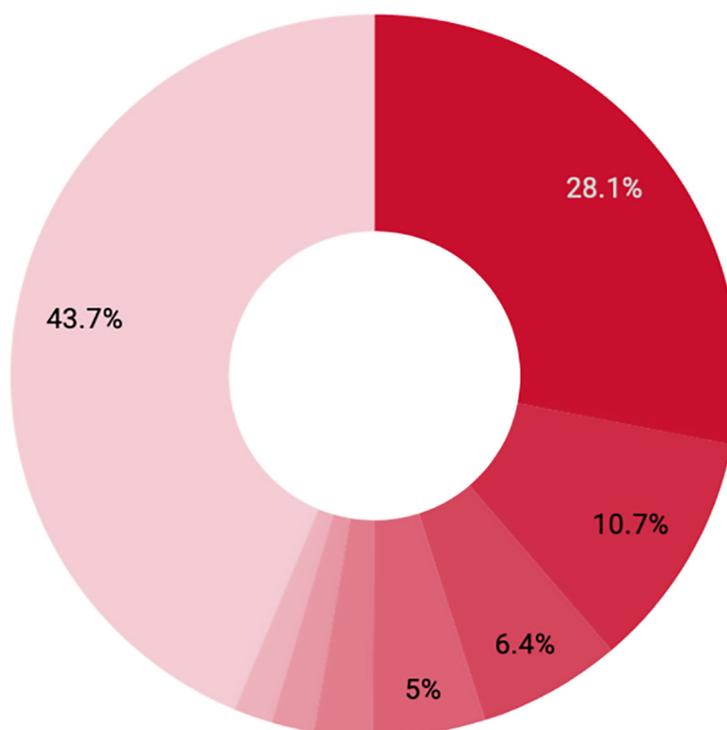
Todos los pacientes se sometieron al protocolo preoperatorio para optimizar el peso e incrementar su confianza y satisfacción. Este incluyó, de forma novedosa, el acceso a “Care4Today” (proporciona material didáctico y registra datos procedentes de su uso) junto a medidas implementadas anteriormente: talleres de apoyo psicológico y dieta hipocalórica.

Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes, las cuantitativas en media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico.

**Resultados:** Se incluyeron 64 pacientes: 42(65,6%) mujeres y 22(34,4%) hombres, con una edad media de 42,8( $\pm$ 11,2) años y un IMC medio inicial de 48,2( $\pm$ 6,3) Kg/m<sup>2</sup>. La mediana de peso total perdido preoperatorio fue de 13(RI 9-17) Kg y de 5(RI 2,5-8,5) Kg desde la instalación de la aplicación. Esto supone que el porcentaje medio de peso perdido desde el uso de “Care4Today” fue del 41( $\pm$ 34) % respecto del total. “Care4Today” fue instalada en los años 2022(85,9%) y 2023(9%). En el último mes del estudio (enero 2023) las visitas a la aplicación fueron 581. Las principales páginas visitadas se muestran en el gráfico y tabla 1. El material más visualizado fue el educativo, lo que más inquietó: “a quien acudir ante problemas preoperatorios”, y la pregunta menos frecuente: “tiempo en la lista de espera”.

**Conclusiones:** “Care4Today” demostró ser una herramienta preoperatoria útil para el acceso a información y una continua autoevaluación. En nuestra serie el porcentaje medio de pérdida de peso preoperatoria tras la instalación de la misma fue del 41% respecto del total. Son necesarios futuros estudios que comprueben que su uso influye en la pérdida ponderal antes y después de la cirugía, comparando los datos con los de aquellos pacientes que no utilicen este recurso. Esto confirmaría que las nuevas tecnologías instruyen y motivan a los pacientes, condiciones indispensables para asegurar buenos resultados postoperatorios.

Páginas más visitadas	Porcentaje de visitas
<b>Desglose de páginas pertenecientes a los tres bloques principales</b>	<b>43,7</b>
<b>Página principal de material educativo</b>	<b>28,1</b>
Estilo de vida después de la cirugía	1,9
Qué alimentos comer	1,7
Qué es la evaluación y la preparación para la cirugía	1,5
Qué es la cirugía bariátrica	1,5
Vídeo de bypass gástrico	1,5
Cómo mantener mi pérdida de peso	1,4
<b>Página principal de Check-lists</b>	<b>6,4</b>
Estoy preparado para mi cirugía bariátrica	
Obesidad, no estás solo	2,6
Qué debo llevar al hospital	1,5
	1,4
<b>Página principal de preguntas más frecuentes</b>	<b>5</b>
A quién acudo si tengo algún problema antes de la cirugía	
Qué debo hacer si tengo alguna urgencia	0,9
Cuánto tardarán en operarme	0,3
	0,2



P-66

## Perforación gástrica como complicación del balón intragástrico

**Irene Herrero Muñoz, Andrea Salazar Carrasco, Raquel León Ledesma, Alberto Hernández Matías, Teresa Carrascosa Mirón, Juan Carlos Ruiz De Adana Belbel, Sagrario Fuerte Ruiz, José María Jover Navalón.**  
**Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España.**

**Objetivos:** El balón intragástrico es un dispositivo colocado por vía endoscópica que se emplea de forma temporal (6-12 meses) como tratamiento previo a la cirugía bariátrica o como procedimiento único en aquellos pacientes no candidatos a cirugía. Produce una pérdida de peso de forma eficaz a corto plazo y presenta una baja tasa de complicaciones, siendo la mayoría de ellas leves y bien toleradas. La perforación gástrica secundaria al uso del balón intragástrico es una complicación grave pero infrecuente (0,1-0,2%). La etiología es desconocida; puede producirse en relación a una úlcera causada por una excesiva presión sobre la pared gástrica, o impactación de alimento entre la mucosa y el balón. En la mayoría de casos descritos de perforación por balón intragástrico existe un antecedente de cirugía gástrica (especialmente la cirugía antirreflujo o la gastrectomía parcial), motivo por el que en estos casos el uso de este dispositivo está contraindicado.

**Material y métodos:** Varón de 34 años con IMC de 33 sin antecedentes personales de interés, portador de balón intragástrico implantado hace 8 meses (sin seguimiento posterior), que acude a Urgencias por dolor abdominal intenso de 48h de evolución. A la exploración física destaca un abdomen con signos de irritación peritoneal, presenta elevación marcada de RFA y leucocitosis, por lo que se realiza un TC abdominal urgente con diagnóstico de perforación de probable origen gástrico, con extenso neumoperitoneo y una colección anterior a la cámara gástrica de 8 x 10cm. Se decide intervención quirúrgica urgente, contactando con endoscopista de guardia para retirada del balón gástrico en el mismo acto quirúrgico.

Se realiza una laparoscopia exploradora objetivando una perforación subcentimétrica a nivel de cara anterior de cuerpo gástrico. Se realiza vaciado y retirada del balón intragástrico por vía endoscópica, reparación de la perforación mediante una sutura simple monocapa, y lavado de la cavidad abdominal.

**Resultados:** El postoperatorio transcurre sin complicaciones, iniciando tolerancia oral al 2º día y siendo dado de alta al 4º día tras la cirugía, sin incidencias.

**Conclusiones:** La colocación del balón intragástrico no es un procedimiento exento de morbilidad, por lo que es fundamental realizar un seguimiento estrecho aunque la tasa de complicaciones graves es baja. Es importante sospechar este diagnóstico en pacientes con antecedente de balón intragástrico y abdomen agudo, a pesar de que en la mayoría de casos descritos en la literatura esta complicación ocurre en las primeras semanas postoperatorias. El tratamiento quirúrgico precoz combinado con el abordaje endoscópico para la retirada del dispositivo constituyen el tratamiento de elección.

P-67

## Fístula gastro-gástrica tras bypass gástrico laparoscópico

**Andrea Salazar Carrasco, Irene Herrero Muñoz, Teresa Carrascosa Mirón, Alberto Hernández Matías, Juan Carlos Ruiz De Adana Belbel, Raquel León Ledesma, Sagrario Fuerte Ruiz, José María Jover Navalón.**

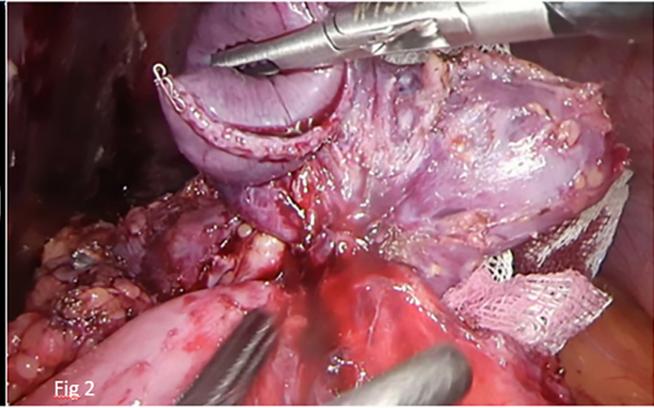
**Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España.**

**Objetivo:** El bypass gástrico laparoscópico es una técnica de cirugía bariátrica ampliamente utilizada, que denota dificultad y no está exenta de complicaciones, entre las que destacan hernias internas, estenosis y úlceras de anastomosis, y fístulas gastrogástricas cuyo diagnóstico y manejo precoz es importante.

**Material y métodos:** Paciente mujer de 55 años de edad con antecedentes personales de dislipemia, hipertensión arterial y síndrome de apnea-hipopnea del sueño, con IMC de 48 intervenida de cirugía bariátrica en Diciembre de 2021 realizándose bypass gástrico antecólico. Es dada de alta el segundo día postoperatorio, sin complicaciones.

**Resultados:** En revisión de Agosto de 2022, la paciente presenta IMC de 26.6, refiere melenas y dolor en hipocondrio izquierdo que se irradia a espalda, a la exploración física llama la atención dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo, por lo que se solicita TC de abdomen de control y endoscopia digestiva alta (EDA). En el TC se objetiva posible perforación secundaria a úlcera de boca anastomótica contenida por el lóbulo hepático izquierdo y trombosis de la rama portal del lóbulo hepático izquierdo. Se ingresa a la paciente, dada la estabilidad clínica y hemodinámica se decide manejo conservador, con reposo digestivo, antibiótico intravenoso y anticoagulación con enoxaparina. Durante el ingreso se solicita tránsito gastrointestinal (EGD), en el que se observa fístula gastrogástrica (Fig 1), que se confirma tras realización de EDA, en la que se diagnostica de fístula gastrogástrica secundaria a úlcera de boca anastomótica penetrante. La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta con anticoagulación hasta Febrero de 2023, momento en el que se realiza cirugía para tratar la fístula. Como hallazgos intraoperatorios destaca un reservorio gástrico dilatado, con fístula gastrogástrica a nivel de antro (Fig 2). Se realiza gastrectomía del remanente gástrico, se acorta el reservorio y se realiza una nueva anastomosis gastroyeyunal manual. La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta el 2º día postoperatorio sin complicaciones. Anatomía patológica de remanente gástrico: boca anastomótica (gastroentérica) y de reservorio gástrico con ulceración, cambio erosivo y estenosis fibroinflamatoria con ausencia de estructuras neoplásicas.

**Conclusión:** La fístula gastrogástrica es una complicación poco frecuente de la cirugía bariátrica, con una incidencia entre 1.5% a 6%. Suele presentarse de manera tardía en el postoperatorio de cualquier tipo de bypass que deje un remanente gástrico. Se ha relacionado con errores técnicos intraoperatorios, fístulas, úlceras marginales, y el uso de anillos protésicos y suturas no absorbibles. Su principal manifestación es la reganancia de peso. Otros síntomas pueden ser la presencia de úlceras marginales que no mejoran con tratamiento médico, hemorragias recurrentes y dolor abdominal injustificado. Se diagnostica mediante EGD, EDA o TC de abdomen con contraste oral. El tratamiento puede ser médico (resolución de un 37%) con inhibidores de la bomba de protones y sucralfato. Sin embargo, el tratamiento de elección es quirúrgico, con el fin de localizar el trayecto fistuloso, asegurándose el cierre y resección del mismo para evitar futuras recidivas; está descrito además la resección del remanente gástrico.



P-68

## Esofagogastrectomía por adenocarcinoma sobre esofago de barret en paciente con antecedentes de gastrectomía vertical

**María José Palacios Fanlo, Miguel Gasós García, Javier Lagos Lizán, Azucena Gonzalo Rodríguez, Daniel Otero Romero, Laura Medina Mora, Rubén Carramiñana Nuñez, Noelia Lete Aguirre, María Del Mar Soriano Liébana.**  
**Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.**

**Introducción:** La gastrectomía vertical junto al bypass gástrico en Y de Roux continúan siendo las técnicas quirúrgicas de cirugía bariátrica más realizadas en todo el mundo. La aparición de reflujo gastroesofágico (15-25%) en los pacientes o el empeoramiento de uno preexistente tras la gastrectomía vertical constituye en la actualidad la causa más frecuente de cirugía bariátrica de revisión. La detección en pacientes asintomáticos se considera prioritario en el seguimiento de estos pacientes para evitar la secuencia esofagitis, esófago de Barret y adenocarcinoma.

**Caso clínico:** Paciente de 56 años fumador de 1,5 paquetes/día con antecedentes de Hepatitis B a los 20 años y cirugía bariátrica (gastrectomía vertical) en marzo de 2011 en otro centro sin seguimiento posterior, que comienza a ser estudiado en julio de 2021 por un cuadro de pirosis retroesternal y pérdida ponderal de 10 kg.

Se realiza gastroscopia que muestra lesión en la unión esofagogástrica y tercio distal del esófago (adenocarcinoma sobre esófago de barret). Tras completar estudio diagnóstico y de extensión (estadio T2N1) se decide neoadyuvancia con esquema CROSS (QT y RT) con buena tolerancia y respuesta clínica. Valorado en comité de Tumores tras terminar el tratamiento neoadyuvante se decide rescate quirúrgico.

El paciente es intervenido bajo anestesia general realizándose una esofagogastrectomía total con reconstrucción mediante coloplastia derecha, anastomosis de colon derecho a asa yeyunal en Y de Roux + anastomosis ileocolon-transverso descendente + colocación de yeyunostomía de alimentación (cirugía 3 campos: toracoscopia en prono, tiempo abdominal abierto y anastomosis cervical esofagoileal). Se utilizó el apoyo del clampaje vascular y el verde de indocianina para asegurar la vascularización de la plastia que se realizó a expensas de los vasos cólicos medios.

El postoperatorio transcurrió de forma favorable. Al 12 día postoperatorio se realizó tránsito esofagogástrico que descartó fuga o estenosis de las anastomosis por lo que se inició tolerancia oral. Posteriormente presentó mínimo manchado cervical que cedió progresivamente. Es dado de alta a los 20 días de postoperatorio.

La anatomía patológica mostró un adenocarcinoma sobre esófago de Barret con patrón mixto, predominante difuso, de alto grado y áreas de patrón intestinal <20% con 3/30 ganglios positivos (pT1N2). El paciente es tratado con quimioterapia adyuvante. Después de 1 año de la cirugía el paciente permanece libre de enfermedad con tolerancia normal a líquidos y sólidos y buena calidad de vida.

**Conclusiones:** En el seguimiento de los pacientes obesos mórbidos sometidos a gastrectomía vertical es importante la detección del reflujo de novo y el tratamiento de este. Ante el creciente aumento de la incidencia de esófago de Barrett en estos pacientes, la realización de una gastroscopia cada 5 años parece apropiado, para detectar aquellos casos de malignización que conllevan una cirugía altamente compleja y un mal pronóstico tumoral.

La esofagogastrectomía oncológica por toracoscopia aporta ventajas frente al abordaje abierto en la recuperación del paciente. El verde de indocianina es fundamental para la selección de las arcadas vasculares a la hora de decidir la reconstrucción colónica.

P-69

## Tumores del estroma gastrointestinal en cirugía bariátrica: hallazgos en 1268 intervenciones

Silvia Sánchez Infante, Camilo José Castellon Pavon, María Teresa Perez Domene, Alejandro Garcia Muñoz Najar, Carlos Ferrigni Gonzalez, Tamara Diaz Vico, Ana Torres Aleman, Irene Grao Torrente, Manuel Duran Poveda.  
Hospital Rey Juan Carlos, Mostoles, España.

**Introducción y objetivos:** Los pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica pasan por un exhaustivo estudio preoperatorio donde se incluyen múltiples exámenes con pruebas de imagen y estudios histológicos. A pesar de ello, se reportan hallazgos quirúrgicos incidentales entre el 1,5% y el 8% de los casos, destacando entre las lesiones encontradas los tumores del estroma gastrointestinal o GIST.

**Materiales y métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo de 1268 intervenciones realizadas en nuestro centro a un total de 1183 pacientes, desde noviembre de 2012 hasta diciembre de 2022. Para ello se ha realizado un análisis de los estudios histológicos realizados durante el preoperatorio y de los hallazgos anatomopatológicos de 320 piezas quirúrgicas.

**Resultados:** Se ha obtenido un total de ocho incidentalomas gástricos (0,67%), de los cuales seis eran GIST (0,5%). Cinco GIST fueron diagnosticados intraoperatoriamente y uno en el estudio anatomopatológico de una pieza quirúrgica. Tres se localizaron en fundus y tres en cuerpo gástrico. De los pacientes cuatro eran mujeres y uno era varón, con una edad media de  $58 \pm 4$  años y un IMC medio de 41,8. El tamaño medio fue de  $12,5 \pm$  mm (4-40 mm) y en todos los casos las resecciones mostraron márgenes libres de enfermedad. Ninguno de los pacientes precisó de tratamientos adyuvantes o de reintervenciones por este motivo.

**Conclusión.** La incidencia de tumores mesenquimales en pacientes sometidos a cirugía bariátrica es baja (1 a 1,3%), aunque destacan dentro este porcentaje los GIST (87,5% de todos ellos). En nuestra serie la incidencia ha sido baja y han sido diagnosticados como hallazgos incidentales de forma intraoperatoria o en el estudio de la pieza quirúrgica. La clave para el tratamiento de este tipo de tumores es una correcta resección quirúrgica, especialmente cuando el tamaño es menor a 2 cm, como ha sucedido en nuestro estudio; así como obtener unos márgenes de resección libres de enfermedad.

P-70

## ¿La cirugía bariátrica es segura? Morbimortalidad asociada a la cirugía de la obesidad

Elisabet García Moriana, Berta Tió Muntadas, Georgina Ferret Granés, Clara Codony Bassols, Miquel Gómez Artacho, Jose Ignacio Rodríguez Hermosa, Marcel Pujadas De Palol, Ramón Farrés Coll.  
Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona, España.

**Objetivo:** Analisis de la morbimortalidad asociada a la cirugía bariátrica realizada en nuestro centro.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de los pacientes operados de cirugía bariátrica en nuestro centro entre los años 2017-2022, analizando las complicaciones a 90 días de la cirugía.

**Resultados:** Se han intervenido 349 pacientes, 31% hombres y 68% mujeres con una edad media de 43 años. La mayoría de pacientes tenían un IMC entre 40-50.

Se han realizado 326 (93%) cirugías en primer tiempo: 202 (61%) by pass gástrico (77% vía laparoscópica y 23% vía robótica); 94 (28%) Gastrectomías verticales (84% vía laparoscópica y 16% vía robótica); 30 (9%) SADIS (17% vía laparoscópica y 83% vía robótica). 13 (4%) cirugías fueron en segundo tiempo (8 SADIS y 5 By pass gástrico) y 10 (3%) revisionales (5 retiradas de banda; 4 conversiones de gastrectomía vertical a by pass gástrico por reflujo gastroesofágico; 1 conversión de SADIS a by pass gástrico por reflujo gastroesofágico).

Analizando toda la serie se complicaron un total de 21 (6%) pacientes. Según la escala del Clavien-Dindo: 2 complicaciones grado I; 3 complicaciones grado II; 4 Complicaciones grado IIIa; 11 complicaciones grado IIIb; 1 complicación grado V.

El índice de morbilidad es del 6% con un índice de mortalidad del 0,29%.

**Conclusiones:** La cirugía bariátrica si se realiza en centros especializados tiene un bajo índice de morbimortalidad. En nuestra serie con una morbilidad por debajo del 7% y con una mortalidad de menos del 0,5% podemos concluir que estamos dentro de los estándares de calidad recomendados.

P-71

## Indicaciones de la gastrectomía vertical como tratamiento en la obesidad mórbida en nuestro centro

**Alberto Díaz García, Rajesh Haresh Gianchandani Moorjani, Marta Rojas Estévez, Rafael Orti Rodríguez, Carmen Díaz López, Juan Manuel Sánchez González, Vanesa Concepción Martín, Alejandro Hueso Mor, Enrique Moneva Arce, Manuel Ángel Barrera Gómez.**

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

**Objetivos:** La gastrectomía vertical para el tratamiento de la obesidad, pese a la distribución irregular en los diferentes países del mundo, sigue siendo la técnica más utilizada. No obstante, su indicación no está totalmente estandarizada y por ello presenta una enorme variabilidad entre unos equipos y otros. El objetivo es exponer las indicaciones utilizadas en nuestro centro.

**Material y métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos de gastrectomía vertical entre el año 2015 y 2022 en la unidad de cirugía esofago-gástrica del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

**Resultados:** De las 466 intervenciones de cirugía bariátrica realizadas en nuestro centro, 53 pacientes fueron tratados mediante una gastrectomía vertical. De estos pacientes analizados por el estudio, 38 eran mujeres y 15 hombres. La edad media de los pacientes intervenidos fue de 45 años (21-69), con un IMC medio de 52,25 (36-65). El motivo de la indicación fue por comorbilidad del paciente en 11 casos, edad extrema en 8, eventración compleja en 11, cirugía en dos tiempos en 8, medicación crónica en 7, deseo gestacional en 2, metaplasia intestinal evidenciada en estudio endoscópico previo en 4 y por síndrome adherencial en 2 pacientes. Como complicaciones, un paciente requirió reintervención a las 24 horas por hemoperitoneo. Los pacientes fueron dados de alta entre el tercer y cuarto día postoperatorio. El IMC medio a los 6 meses de la intervención fue de 36,53.

**Conclusiones:** Dentro las técnicas restrictivas en la cirugía bariátrica, la gastrectomía vertical es la más extendida globalmente. Se trata de un procedimiento seguro, con un demostrado impacto en la pérdida de peso de los pacientes y en el mejor control e incluso resolución de patologías asociadas. Dentro de las indicaciones más frecuentes se encuentran la morbilidad en pacientes de alto riesgo, en la superobesidad como técnica puente, las edades extremas y la patología de pared compleja. Es crucial una adecuada selección de pacientes y la motivación de éstos para la obtención de mejores resultados.

P-72

## Gastrectomía vertical como técnica puente para la resolución de eventraciones complejas

**Alberto Díaz García, Marta Rojas Estévez, Rajesh Haresh Gianchandani Moorjani, Juan Manuel Sánchez Rodríguez, Rafael Orti Rodríguez, Carmen Díaz López, Vanesa Concepción Martín, María De Armas Conde, Enrique Moneva Arce, Manuel Ángel Barrera Gómez.**

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

**Objetivos:** El objetivo es analizar los resultados obtenidos en nuestro centro en pacientes con obesidad y eventraciones complejas que son sometidos a una gastrectomía vertical en un primer tiempo para una posterior cirugía de reparación de la pared abdominal.

**Material y métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos de gastrectomía vertical como terapia puente para reconstrucción posterior de eventraciones complejas entre el año 2016 y 2022 en la unidad de cirugía esofago-gástrica del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

**Resultados:** Un total de 11 pacientes fueron analizados, de los cuales 9 eran mujeres y 2 hombres. La edad media de los pacientes intervenidos fue de 50 años (26-64), con un IMC medio de 43.02 (35.3-62.49). No se describieron complicaciones postoperatorias. Todos los pacientes fueron dados de alta entre el tercer y el cuarto día postoperatorio. El IMC medio a los 6 meses de la intervención fue de 33,04. De los pacientes analizados, el tiempo medio entre la primera intervención y la cirugía de reparación de la pared abdominal es de 9 meses. Sólo en 1 caso se realizó una eventroplastia laparoscópica mediante IPOM plus, en el resto se realizó cirugía abierta: 4 reconstrucciones tipo Rives, 2 reconstrucciones mediante separación de componentes previo botox y neumoperitoneo, y 2 eventroplastias con malla intraperitoneal. De los pacientes analizados, 2 están pendientes de programar para la segunda intervención. No hubo complicaciones registradas tras 1 año de seguimiento, ni datos de recurrencia en los pacientes analizados.

**Conclusiones:** La obesidad mórbida y sus comorbilidades asociadas, son factores de riesgo para el desarrollo de las hernias abdominales y además añaden complejidad a su reparación y aumentan el riesgo perioperatorio. Un concepto de cirugía por fases, en la que en un primer paso se lleve a cabo una cirugía bariátrica como es la gastrectomía vertical que permita una pérdida de peso inicial, reposición del contenido herniario, mejoría de las comorbilidades y disminuir la posibilidad de síndrome compartimental, nos permite realizar en un segundo tiempo una reparación de la pared abdominal con menor riesgo de recidiva y menor riesgo de infección.

P-73

## Evaluación de las complicaciones en cirugía bariátrica revisional versus cirugía bariátrica primaria

Montse Adell Trapé, Alexis Luna Aufroy, Pere Rebas Cladera, Xavier Serra-Aracil.

Corporació Sanitari Parc Tauli, Sabadell, España.

**Objetivo:** Evaluar las complicaciones de la cirugía revisional en una Unidad de Cirugía Bariátrica y comparar las complicaciones de la cirugía bariátrica primaria con la cirugía revisional. Como objetivo secundario, analizar la aparición de complicaciones en la cirugía revisional respecto a la cirugía primaria según la vía de abordaje utilizada (laparoscopia vs. robot).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional de la base de datos prospectiva de la Unidad de Cirugía Bariátrica de nuestro centro, con datos recogidos desde el 2007 hasta la actualidad.

**Resultados:** Del total de 569 pacientes registrados en la base de datos de cirugía bariátrica, 505 han sido intervenidos de cirugía bariátrica primaria (336 bypass gástrico en Y de Roux, 5 cruces duodenales, 3 SADI-S y 137 gastrectomías verticales) y 44 pacientes de cirugía revisional. De éstas últimas, 29 han sido realizadas vía laparoscópica y 15 vía robótica (inicio del programa de cirugía robótica en octubre de 2020).

En relación al tipo de complicaciones postquirúrgicas, los pacientes sometidos a cirugía revisional presentan un 22.7% de efectos adversos quirúrgicos respecto un 18.9% y un 13.6% en los pacientes operados de un bypass gástrico o una gastrectomía vertical, respectivamente. Teniendo en cuenta únicamente los pacientes con complicaciones, el CCI final (medio) es de 31 en cirugía revisional, 22.4 en bypass gástrico, 21.8 en gastrectomía vertical y 8.7 en cruce duodenal, lo que indica que los pacientes con cirugía revisional no sólo se complican más, sino que presentan complicaciones más graves.

Concretamente, al evaluar las complicaciones según la clasificación Clavien-Dindo, aquellos pacientes con Clavien-Dindo  $\geq$  IIIb, representan un 41.6% en la cirugía revisional, un 23% en bypass gástrico y un 21.4% en gastrectomía vertical.

Al analizar las complicaciones según la vía de abordaje, la cirugía revisional realizada por vía laparoscópica presenta un índice CCI medio de 12.1 pero si se realiza por vía robótica el CCI medio disminuye a 8.5. No obstante, analizando únicamente los pacientes con complicaciones, no hay prácticamente diferencias según la vía de abordaje. La cirugía primaria tiene el mismo CCI medio utilizando la vía laparoscópica como la vía robótica (laparoscopia CCI medio 22, robótica CCI medio 22) y ocurre lo mismo en la cirugía revisional (laparoscopia CCI medio 31, robótica CCI medio 30).

**Conclusiones:** La cirugía revisional tiene más riesgo de complicaciones que la cirugía primaria y, al presentar complicaciones, estas son habitualmente más graves. Sin embargo, con la implementación de la cirugía robótica, los pacientes intervenidos tanto de cirugía bariátrica primaria como de cirugía revisional presentan menos complicaciones con un CCI medio más bajo. No obstante, una vez los pacientes presentan complicaciones, la vía de abordaje no parece tener relación con la gravedad de dichas complicaciones.

		Índice CCI (medio) de todos los pacientes según la vía de abordaje		Índice CCI (medio) de los pacientes con complicaciones según la vía de abordaje	
		Vía de abordaje			
		Laparoscopia	Robot	Laparoscopia	Robot
Tipo de cirugía	Primaria	10.8	8.5	22	22
	Revisional	12.1	5.3	31	30

P-74

## ¿Puede resultar útil la reconstrucción tridimensional del estómago para planificar casos de cirugía bariátrica de revisión?

José Fernando Treballe, Mónica Valero Sabater, Ana Isabel Pérez Zapata, Patricia Menal Muñoz, Beatriz Cros Montalbán, Miguel Catalejo Díaz, Melody García Domínguez, Vanesa Zambrana Campos, Alejandro García García, Juan Luis Blas Láina.

Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

**Introducción:** Se ha demostrado que la reconstrucción tridimensional radiológica a partir de imágenes de TAC es muy útil en la planificación prequirúrgica de casos complejos utilizando los estudios preoperatorios realizados al paciente, siendo en los campos de cirugía hepato-biliar y cirugía colorrectal donde se ha visto mayor beneficio. Son diferentes los medios de reconstrucción que se han propuesto, pero todos ellos se consideran validados para planificar los pasos críticos de la intervención. Incluso combinados con tecnología de realidad virtual y de realidad aumentada pueden desarrollarse simuladores de formación, que faciliten el aprendizaje de las técnicas.

**Objetivo:** Presentar nuestro modelo de reconstrucción 3D de la anatomía postcirugía bariátrica, ya sea la gastrectomía vertical, o el reservorio gástrico y la anastomosis gastroyeyunal en el caso del bypass, y plantear su aplicabilidad en cirugía de revisión.

**Material y método:** El estudio está limitado porque sólo se puede aplicar por ahora a pacientes que disponen de un TAC previo, realizado como estudio diagnóstico, ya sea por complicaciones de su proceso bariátrico, o por algún otro problema diagnóstico. Se han desarrollado modelos anatómicos de imagen tridimensional del estómago y de la anatomía postcirugía bariátrica (gastrectomía vertical y bypass). Las imágenes de TAC se obtienen con el equipo *Siemens Somatom Perspective 64*<sup>®</sup>, con cortes de imagen a 3 mm de espesor. La recuperación de las imágenes es en formato *DICOM* y el procesado para conseguir la reconstrucción tridimensional se realiza con el programa informático *OsiriX*<sup>®</sup> realizando una segmentación completa de toda la superficie del esófago, el estómago, y la primera porción del asa alimentaria en el caso del bypass, y una modificación de la densidad de imagen.

**Resultados:** Se muestran los diferentes modelos de reconstrucción realizados, tanto de anatomía normal como de anatomía postcirugía bariátrica, así como el proceso de creación de dicho modelo. Igualmente, su aplicación en dos casos de cirugía de revisión de la anastomosis gastroyeyunal por úlcera refractaria a tratamiento médico, evaluando el reservorio gástrico restante de cara a la confección de una nueva anastomosis.

**Conclusiones:** La obtención de imágenes de reconstrucción tridimensional de la anatomía postcirugía bariátrica, permite desarrollar modelos que pueden mejorar la planificación preoperatoria en casos de cirugía de revisión. Se debe valorar el riesgo - beneficio de la radiación producida por el TAC para hacerlo de forma sistemática.

P-75

## Resultados de la cirugía bariátrica robótica durante la curva de aprendizaje. Nuestros resultados

**M<sup>a</sup> De Los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, José Manuel Pacheco García.**  
**Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.**

**Introducción;** Existe evidencia que el abordaje mínimamente invasivo de la cirugía bariátrica reduce la morbilidad y la estancia hospitalaria. Actualmente se está imponiendo el empleo del abordaje robótico en la cirugía bariátrica. La curva de aprendizaje de este nuevo abordaje, recomienda la realización de 20 procedimientos robóticos. En el presente trabajo analizamos nuestra experiencia y los resultados de la cirugía bariátrica mínimamente invasiva mediante plataforma robótica Davinci XI.

**Material y método:** Desde 1 Junio de 2022 a 22 Febrero de 2023 hemos intervenidos a 42 pacientes de cirugía bariátrica primaria y 5 cirugías conversión de gastrectomía vertical (GV) a bypass(BPG). Desde esa fecha la unidad de cirugía bariátrica dispone de una sesión cada 15 días para realizar intervenciones mediante la plataforma Davinci XI.

Analizamos el no de pacientes intervenidos, analizando el tiempo quirúrgico y la estancia media y las complicaciones comparando las cirugías robóticas realizadas con las cirugías laparoscópicas.

**Resultados:** Desde el 1 de jHemos intervenidos 42 pacientes de cirugía bariátrica primaria, de los cuales 24 han sido intervenidos por abordaje robótico (13 BPG y 11GV) y 18 por abordaje laparoscópico (6BPG y 12 GV).

Se han realizado 5 cirugías revisionales, 4 por ERGE de novo y 1 retirada de banda gástrica. 3 se han intervenido por abordaje robótico (2 conversiones a bypass y 1 retirada de banda gástrica). Se han intervenido 7 hombres y 40 mujeres, con edad media: 47 (Mínima 20-máxima 69) e IMC medio de 133,31 ( min 91- max 170).

Tiempo total de cirugía (incluyendo preparación y Doking) :

- BPG laparoscópico medio 90 min (min 60- Maximo 95)
- GV laparoscópica media 40 min ( min 35min- Maximo 60)
- BPG robótico media 120min ( min 100 maximo 190)
- GV robótica media 75 (min 55 max 90 min)
- Conversion GV a BPG Laparoscópico 120 min
- Conversion GV a BOG robótico 180 min

Complicaciones postoperatorias. 1 HDA en bypass gástrico laparoscópico que se autolimitó 1 hemoperitoneo tras cirugía revisional de GV a BPG robótico que precisó reintervención,

Estancia media postoperatoria: de los procedimientos primarios fue de 48 horas (mínimo 36 horas máximo 72) y en la cirugía revisional fue de 4,7 días (mínimo 2, máximo 7).

**Discusión:** Existe cierta reticencia a la implementación del abordaje robótico por el incremento del tiempo quirúrgico sobre todo en la curva de aprendizaje. En nuestra experiencia este tiempo cada vez es menor y las complicaciones quirúrgicas, así como la estancia media son similares al abordaje laparoscópico, por lo que pensamos que esta vía de abordaje es segura y equiparable al Abordaje laparoscópico

P-76

## Resultados postoperatorios a corto plazo de la optimización preoperatoria. ¿Qué método es mejor?

**Sandra Sanz Navarro, Raquel Rodríguez Uría, María Moreno Gijón, Sonia Amoza Pais, José Luis Rodicio Miravalles, Angeles Anabel Suárez Álvarez, Estrella Turienzo Santos, Lourdes Sanz Álvarez.**  
**Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.**

La cirugía bariátrica en los pacientes con IMC (Índice de masa corporal) mayor de 55 kg/m<sup>2</sup> puede suponer todo un reto por lo que, en nuestro centro, abogamos por la optimización preoperatoria. Hasta el momento no hay evidencia de que la pérdida de peso preoperatoria se corresponda con una mayor pérdida de peso postoperatoria.

**Objetivos:** Analizar las diferencias de pérdida de peso en el primer año postoperatorio tras la optimización preoperatoria al utilizar balón intragástrico o dieta muy baja en calorías (VLCD Very Low-Calorie Diet)

**Material y métodos:** Seleccionamos los pacientes con IMC mayor de 55 kg/m<sup>2</sup> que son optimizados y posteriormente sometidos a cirugía bariátrica durante el periodo entre Septiembre de 2015 y Octubre de 2021.

Inicialmente la optimización se realizaba con la colocación de un balón intragástrico Obalon™ (OB) durante 3 meses. En 2019, por problemas de disponibilidad del balón decidimos optar por la optimización con VLCD acompañada de batidos nutricionales durante 3 meses. Realizamos un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo sobre nuestra base de datos prospectiva para comparar los resultados entre las dos opciones. Analizamos la pérdida de peso al mes, a los 6 meses y al año tras la cirugía.

**Resultados:** Los pacientes optimizados mediante balón intragástrico fueron 24 y mediante VLCD fueron 16. No hay diferencias significativas en la pérdida de peso tras la optimización, sin embargo, tras la cirugía, las diferencias en pérdida de peso son significativas en el primer mes, pero no sigue esta tendencia a los 6 y 12 meses tras la cirugía.

	BALÓN	VLCD	
PESO INICIAL (Kg)	160,93(+/- 23,94)	160,40(+/-21,46)	n.s
IMC INICIAL (Kg/m <sup>2</sup> )	59,55(+/- 3,71)	56,89(+/- 3,39)	p=0,028
TIEMPO TTO (Días)	92,67(+/- 12,24)	102,25(+/- 35,36)	n.s
PESO PERDIDO (Kg)	19,00(+/- 9,45)	19,72(+/- 9,44)	n.s
PSP (%)	18,79(+/- 8,06)	19,55(+/- 9,29)	n.s
PEIMCP (%)	19,90(+/- 8,37)	21,77(+/- 9,89)	n.s
PESO PRE-CX (Kg)	141,93(+/- 20,31)	140,68(+/- 20,63)	n.s
IMC PRE-CX (Kg/m <sup>2</sup> )	52,57(+/- 3,39)	49,77(+/- 2,91)	p=0,01
PESO 1 MES (Kg)	123,54(+/- 17,37)	128,21(+/- 16,22)	n.s
PSP 1 MES (%)	22,48(+/- 3,92)	15,45(+/- 12,87)	p=0,016
PEIMCP 1 MES (%)	26,18 (+/- 11,41)	15,97 (+/- 13,48)	p=0,014
PESO 6 MESES (Kg)	101,36 (+/- 14,89)	98,73 (+/- 14,40)	n.s
PSP 6 MESES (%)	48,19 (+/- 10,14)	52,64 (+/- 12,00)	n.s
PEIMCP 6 MESES (%)	51,60(+/- 13,30)	57,13 (+/- 12,96)	n.s
PESO 12 MESES (Kg)	91,62(+/- 17,97)	90,86(+/- 19,91)	n.s
PSP 12 MESES (%)	61,58(+/- 16,59)	66,13(+/- 13,53)	n.s
PEIMCP 12 MESES (%)	67,74(+/- 19,03)	72,37(+/- 16,26)	n.s

Tabla 1. Diferencias entre las opciones terapéuticas en la optimización.

VLCD: dieta muy baja en calorías. IMC= Índice masa corporal. PSP= Porcentaje de sobrepeso perdido. PEIMCP=Porcentaje de exceso de IMC perdido.

**Conclusiones:** El análisis de nuestra experiencia en la optimización de pacientes muestra que la dieta muy baja en calorías es factible, prácticamente exenta de complicaciones, consiguiendo una pérdida de peso similar y además un menor consumo de recursos en comparación con la preparación con balones intragástricos.

Se precisa mayor seguimiento y número de casos para analizar el efecto de la optimización en la pérdida de peso postoperatoria.

P-77

## Encuesta sobre la evaluación y percepción subjetiva de la de escuela de pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica

**Clara Fernández Fernández, Lucía Lavín Montoro, Elías Rodríguez Cuéllar, María Pilar Gómez Rodríguez, Cristina Alegre Torrado, María Orellana León, Victoria Carmona Gómez, Pablo Vázquez Beltrán, Felipe De La Cruz Vigo, Eduardo Ferrero Herrero.**

**Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.**

**Objetivos:** Junto al incremento de los Programas Multidisciplinares de Cirugía Bariátrica se han desarrollado las “Escuelas de Pacientes con Obesidad Mórbida”. En nuestro centro se han implementado dos talleres a los que acuden candidatos a cirugía bariátrica, en los que son informados por un equipo constituido por enfermeros de planta, cirujanos, psiquiatras y nutricionistas.

En el primero, antes de ser incluidos en lista de espera, se explican las características de su patología como trastorno de la conducta alimentaria; se les instruye sobre la dieta y hábitos saludables y el equipo de cirugía explica la intervención.

En el segundo, dos meses antes de ser intervenidos, la educación se enfoca al perioperatorio, con recomendaciones dietéticas con el objetivo de perder peso antes de la cirugía, ejercicios y cuidados en el postoperatorio.

Nuestro objetivo es analizar la percepción subjetiva de los pacientes que han acudido a la Escuela, para la mejora de calidad de los talleres.

**Material y métodos:** Se realizó una encuesta telefónica a 60 pacientes que acudieron a los talleres entre enero de 2022 y enero de 2023. Se realizaron las preguntas:

He entendido las explicaciones.

He aprendido algo nuevo.

Lo que he aprendido me parece útil para enfrentarme a la cirugía.

Después de las explicaciones, me siento más tranquilo con respecto a la cirugía.

El taller ha cambiado mis expectativas con respecto a la cirugía

Después del taller he tomado medidas para cuidarme antes de operarme.

He podido resolver mis dudas.

El ambiente me resulta agradable.

Los comentarios y preguntas de otros pacientes me han ayudado.

Recomendaría estos talleres a otros pacientes en mi situación.

Se hizo asimismo una pregunta abierta acerca de lo mejor y aspectos a mejorar.

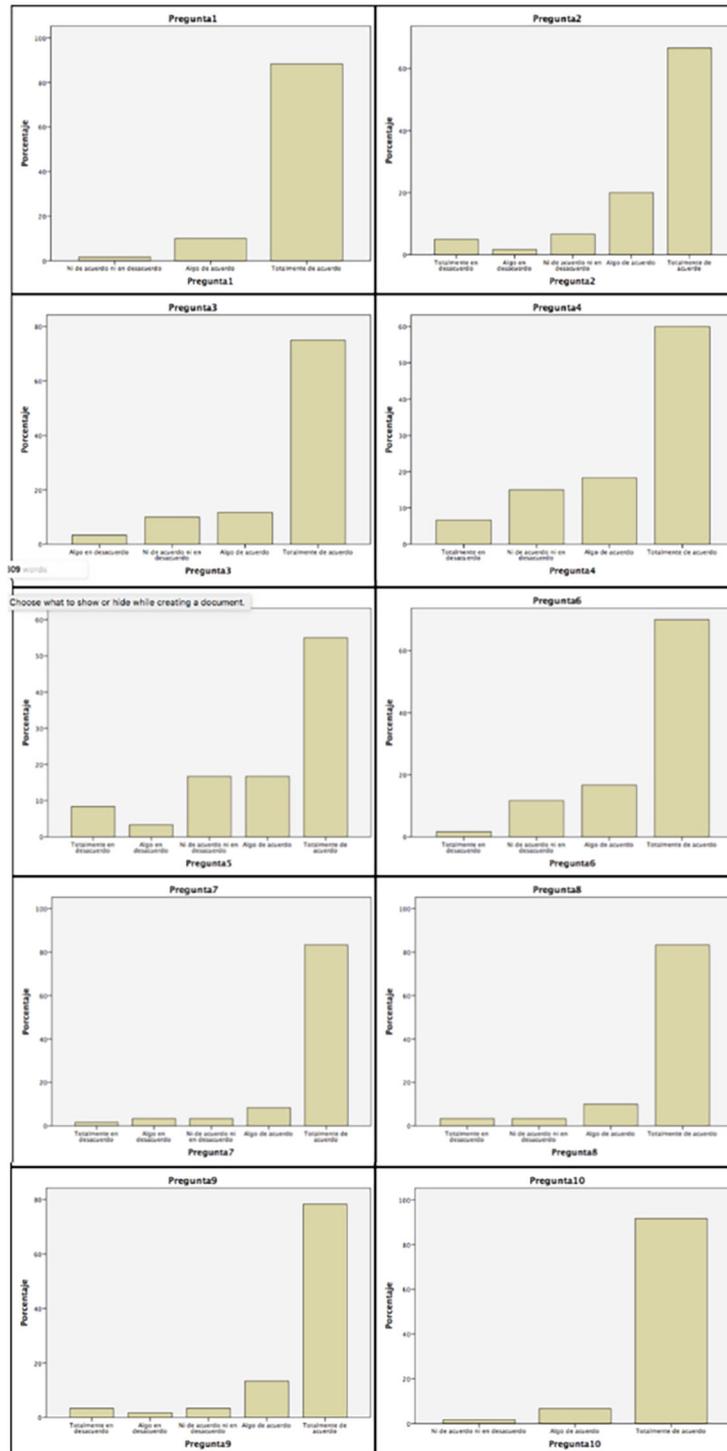
**Resultados:** 37 fueron mujeres (61,7%) y 23 hombres (38,3%). La edad mediana fue de 52 años (14 - 67).

El 88,3% consideraron que comprendieron totalmente las explicaciones, el 86,7% aprendió algo nuevo. El 75% respondió que la información fue de utilidad para enfrentarse a la intervención. El taller supuso un cambio de expectativas para el 71,7%, y el 76,7% tomaron medidas para mejorar su estado de salud antes de la cirugía. El 91,6% resolvieron sus dudas y el 98,4% recomendarían los talleres.

Entre las respuestas obtenidas a las preguntas abiertas los pacientes consideraron como “lo mejor”: la claridad de las explicaciones, el trato cercano, la empatía, el no sentirse juzgados, las preguntas de otros pacientes y sentirse partícipes.

En cuanto a las medidas “a mejorar”, varios pacientes consideraban que precisaban más ayuda psicológica o seguimiento de su estado emocional; mencionaron “miedo” o “ansiedad” en relación a la cirugía o por cómo sus problemas personales influyen sobre su capacidad para la mejoría de sus hábitos. Sugirieron la posibilidad de crear grupos de apoyo con reuniones frecuentes.

**Conclusiones:** La evaluación periódica de los talleres impartidos en la escuela de pacientes es una herramienta útil tanto para la mejoría en la calidad de la misma como en la relación entre el equipo multidisciplinar y los pacientes.



P-78

## Evolucion en el manejo y tratamiento de las fugas a lo largo del tiempo en nuestra serie de cirugia bariatrica

**Laura Gomez Lanz, Jose Maria Monturiol Jalon, Jorge De Tomas Palacios, Maria Tudela Lerma, Miguel Angel Steiner, Javier Garcia Lledo, Oscar Nogales Rincon, Javier Aranda Hernandez.**

**Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.**

**Objetivos:** Analizar la evolución en el tratamiento de las fugas en el postoperatorio de las gastrectomías verticales y bypass gástrico a lo largo de los 15 años de inicio de nuestra serie y evaluar el papel de la terapia de vacío en las fugas.

**Material y métodos:** Presentamos nuestra serie de cirugía bariátrica, y la evolución en el tratamiento de las fugas a lo largo de los últimos años. La serie se inicia en enero 2008 y Diciembre del 2022 teníamos contabilizadas 740 casos. En nuestra sección realizamos 2 casos semanales, siendo los procedimientos más frecuentes gastrectomias verticales, by pass gastrico y cirugías revisionales.

Desde diciembre del 2022 hemos incorporado la cirugía robótica en estos procedimientos.

Contamos con el apoyo de una Unidad de Endoscopia digestiva con experiencia en todas las técnicas más habituales para el tratamiento de las complicaciones de la cirugía esofágica.

Las técnicas más utilizadas han sido las prótesis y los ovescos, complementados con el drenaje intervencionista, hasta que en el 2019 se comienza a utilizar la terapia de vacío eso-sponge.

**Resultados:** Tenemos registradas 11 casos de fugas, 8 agudas y 3 tardías. Las agudas estuvieron relacionados con problemas técnicos, fallos de grapado e isquemia. Las fugas tardías se desarrollaron entre los 2 meses y el año después de la cirugía en relación a vómitos y distensión de plastia gástrica. Del 2010 al 2018, el control de las fugas requería de múltiples tratamientos combinados entre sí, reintervención + drenaje, drenaje intervencionista, prótesis y Ovesco.

En 2 casos, fue necesario realizar una gastrectomía total al cabo del tiempo y en un tercer caso reconversión a bypass.

A partir del 2019, se incorpora en nuestro hospital por parte del Servicio de digestivo el uso de la terapia de vacío Eso-sponge, siendo la técnica más utilizada hasta el momento actual para el tratamiento de las fugas en cirugía bariátrica y Esofágica.

De las 4 fugas diagnosticadas desde 2019, 3 se trataron con eso-sponge, siendo este su tratamiento definitivo. Cada paciente necesita unos 4-5 recambios de la esponja y debe ir asociado a un drenaje adecuado de la cavidad abdominal.

El caso en el que no se utilizó el eso -sponge, se trató con protesis + ovesco que no fueron resolutivas, requiriendo al final reintervencion quirúrgica y tratamiento quirurgico definitivo.

### Conclusiones:

Tenemos un 1,4% de fugas postoperatorias en nuestra serie.

Al inicio, el manejo habitual incluía el uso de prótesis recubiertas, clips endoscópicos «ovesco» y drenaje intervencionista, siendo necesaria en 4 ocasiones, recurrir a cirugía definitiva que implicó en 2 casos gastrectomía total

Desde el 2019, se ha producido un cambio en el manejo de estas fugas, pasando a ser la técnica de elección la terapia de vacío Eso sponge, que nos ha permitido la resolución definitiva de la fuga sin requerir cirugía.

También es la técnica de elección en las fugas de anastomosis esofagogastricas en cirugía oncológica en nuestra Sección.

requiere de un abordaje multidisciplinar y de un equipo de Endoscopia con experiencia.



P-79

## Análisis de los resultados del bypass gástrico en y de roux tras fracaso de la gastrectomía vertical

Jorge De Tomás, Laura Gómez-Lanz, María Tudela, Miguel Ángel Steiner, José María Monturiol.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

**Objetivos:** La gastrectomía vertical (GV) es la operación de obesidad que más se realiza en el mundo (61% IFSO 2022). Cuando los pacientes con GV precisan una reoperación, por reflujo gastroesofágico (RGE), estenosis de la plastia o reganancia de peso (RP), el bypass gástrico en Y de Roux (BPYR) es una buena opción quirúrgica. En este estudio vamos a analizar los resultados de los pacientes en los que se llevó a cabo un BPYR, después de haber realizado una GV.

**Material y métodos:** Se diseñó un estudio retrospectivo desde el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2022 con el registro de los pacientes operados de obesidad en un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión (CI) fueron pacientes con GV que precisaron cirugía de revisión, y se les realizó un BPYR. Se excluyeron los pacientes con fístulas gástricas o pacientes con GV a los que se les hizo otro procedimiento distinto del BPYR.

**Resultados:** De los 24 pacientes que cumplían los CI, se desestimó una paciente reoperada en Holanda por pérdida de seguimiento. Los 23 pacientes restantes, 11 tenían RGE, 4 RP y 8 RGE + RP. Hubo complicaciones en 11 pacientes (estenosis gastroyeyunal (GY): 3, hemorragia: 3, hernia interna: 2, vómitos: 2, s. Dumping: 1). El seguimiento medio post BPYR fue de 4,1 años. Se realizaron dilataciones endoscópicas en los 3 casos con estenosis, pero una paciente precisó finalmente rehacer la anastomosis GY. Uno de los pacientes con hernia interna falleció por isquemia intestinal y la otra paciente se resolvió por laparoscopia. El porcentaje de éxito tras el BPYR en los pacientes con RGE fue del 73%, con RP fue del 50% y con RGE + RP fue del 50%. Los pacientes con BPYR metabólico tuvieron mejor pérdida de peso que cuando se hizo un BPYR estándar.

**Conclusiones:** El BPYR es muy efectivo para tratar el RGE postGV, pero solo tiene un 50% de éxito en la resolución del fracaso ponderal, aunque alargando la longitud de las asas se obtuvieron mejores resultados. La tasa de hernias internas (8,6%) es mayor que en el BPYR primario y sería conveniente cerrar los mesos. Hemos observado un elevado porcentaje (13%) de estenosis en la anastomosis GY del BPYR, realizadas con endograpadoras de 30 mm.

P-80

## Análisis de obstrucciones tardías como complicación tras bypass gástrico laparoscópico en Y de roux en nuestro centro

**Isabel María Jiménez Moreno, Sergio R. Del Valle Ruiz, María Encarnación Tamayo Rodríguez, Francisco Miguel González Valverde, María Belen Agea Jiménez, María Valero Soriano, José María Rodríguez Lucas, Pedro López Morales, Andrea María Hurtado Vázquez, Antonio Albarracín Marín-Blázquez. Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.**

**Introducción:** El Bypass Gástrico Laparoscópico en Y de Roux (BGLYR) ha sido considerado el *gold standard* de la cirugía bariátrica, con una pérdida del exceso de peso del 60-70% a los 10 años tras la cirugía. La incidencia de los cuadros de oclusión intestinal después de un BGLYR oscila entre el 1,5% y el 5%, siendo la hernia interna la causa más frecuente. El objetivo del estudio es conocer la incidencia de oclusiones intestinales en nuestros pacientes, su etiología y el tratamiento realizado.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre el 9 de mayo de 2006 y el 31 de octubre de 2022. Se incluyeron aquellos pacientes que habían sido reintervenidos por cuadro obstructivo y se realizó un análisis descriptivo.

**Resultados:** Se intervinieron un total de 714 pacientes de cirugía metabólica, de los cuales 537 se sometieron a BGLYR (2 asistidos por robot y 535 por laparoscopia). De estos, 15 tuvieron que ser reintervenidos por causa obstructiva (2,8%). En cuanto al género, 10 de los pacientes eran mujeres (66,7%) y 5 eran hombres (33,3%), con una media de edad de 47 años (29-60).

Se vio que la media de tiempo transcurrido entre la cirugía inicial y la reintervención era de 51 meses  $\pm$  38 (r: 4-110 meses), con una media de porcentaje de exceso de IMC perdido de  $85,54 \pm 17,93$  y media de porcentaje de peso total perdido de  $-41,79 \pm 18,35$ . El IMC medio en el momento de la revisión fue  $29,40 \pm 6,55$  (r: 23,80- 51,12). Solo 2 pacientes se intervinieron de forma programada en la serie. Las principales causas de obstrucción fueron hernia mesentérica en 7 pacientes, 5 casos de síndrome adherencial, 1 paciente con hernia de Petersen, 1 caso de obstrucción por invaginación intestinal y 1 caso de hernia interna por adherencias en el pie de asa. En 5 pacientes (33,3%) se requirió resección intestinal. La estancia media postoperatoria fue de  $8,13 \pm 10,45$  días (r: 1-43). Se reintervinieron de nuevo un total de 6 pacientes por complicaciones postquirúrgicas como peritonitis biliar, hemoperitoneo e incarceration por hernia de Petersen. Además, una paciente fue exitus al 2º día postoperatorio debido al desarrollo de un shock séptico por peritonitis biliar tras adhesiolisis durante la cirugía por obstrucción.

**Discusión y conclusiones:** Las obstrucciones intestinales son una de las causas de reintervención, con una mayor incidencia de las hernias internas debido a los cambios anatómicos tras el BGLYR (ojal mesentérico, de Petersen y en ocasiones el transmesocólico). El cierre de estos espacios durante el BGLYR permite reducir su incidencia, pero, con el tiempo, la pérdida de grasa intraabdominal lleva a un agrandamiento de los defectos mesentéricos cerrados. Los síntomas pueden presentarse desde inespecíficos hasta abdomenes agudos. La TC abdominal puede ser útil, pero en ocasiones no llega al diagnóstico y solo se visualizan signos indirectos, por lo que ante sospecha de obstrucción por hernia interna debe indicarse revisión quirúrgica. Finalmente, se debe plantear el abordaje laparoscópico siempre que sea posible.

P-81

## Cirugía bariátrica: ¿tratamiento eficaz de la diabetes mellitus tipo 2?

**Ana Tomás Martínez, José Antonio Bravo Hernández, Juan Pérez Legaz, Gema Giner Merino, Beatriz Remezal Serrano, Pilar Serrano Paz.**  
**Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, Elche, España.**

**Objetivo:** La prevalencia de la obesidad mórbida ha aumentado de manera exponencial en los últimos años, considerándose actualmente una pandemia mundial. Además del grave problema para la salud, la obesidad se ha convertido en un gran reto para el sistema sanitario. Esta enfermedad asocia un aumento de comorbilidades potencialmente graves como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial o el síndrome de apnea obstructiva del sueño. El riesgo atribuible de obesidad a la diabetes es del 80 % al 90 %, y abordar la obesidad puede tener consecuencias positivas para quienes padecen diabetes. Nuestro principal objetivo es analizar la remisión de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen un total de 86 pacientes (65,11% mujeres y 34,89% hombres) sometidos a cirugía bariátrica desde el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2021. Veinticuatro pacientes (54,17% mujeres y 45,83% hombres) habían sido diagnosticados de DM2 previamente a la cirugía. Las técnicas quirúrgicas realizadas para el tratamiento de la obesidad mórbida fueron la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) y el bypass gástrico en Y de Roux (BGY).

**Resultados:** Fueron intervenidos 24 pacientes (en 20 se realizó una GVL y en 4 pacientes un BGY). Tras la cirugía bariátrica se ha observado remisión de la enfermedad en 17 casos (77,27% de los pacientes) de los cuales el 47,06% eran mujeres y el 52,94% hombres. La media de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) en estos pacientes fue de 7,6% previa a la intervención obteniendo una media de 5,4% postoperatoria. Se ha observado la resolución de la enfermedad en los 3 pacientes (100% de los casos) sometidos a bypass gástrico mientras que en los pacientes intervenidos de GVL se ha apreciado una remisión de la DM tipo 2 en el 73,68% (14 de 19 pacientes). Cinco casos (100% mujeres) siguen padeciendo DM2, presentando HbA1c elevadas en 3 casos. Sin embargo, 4 de ellas (80%) presentan mejoría de la HbA1c en las analíticas realizadas en el seguimiento postoperatorio. Todas estas pacientes continúan en tratamiento: dos con insulina, dos con metformina y una con repaglinida por intolerancia a la metformina. Entre los 24 pacientes, hubo dos pérdidas de seguimiento (un varón intervenido en 2019 de GVL y otro varón sometido a BGY en 2020).

**Conclusiones:** La cirugía bariátrica es el único tratamiento que ha demostrado la capacidad para la mejoría o remisión de la DM2. Es la enfermedad asociada a la obesidad que presenta una mejora rápida y evidente tras la intervención quirúrgica. Pese a ello, hay pacientes que siguen necesitando tratamiento para la diabetes. En los pacientes sometidos a cirugía de la obesidad, se consigue una remisión de la DM2, así como una reducción del 30% en el riesgo relativo de sufrir la enfermedad.

P-82

## Sangrado agudo en estómago excluido en paciente intervenido de bypass de una sola anastomosis

Manuel García-Redondo<sup>1</sup>, Manuel Ferrer-Márquez<sup>1</sup>, Francisco Rubio-Gil<sup>2</sup>, María José Torrente-Sánchez<sup>2</sup>, Manuel Ferrer-Ayza<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Torrecárdenas, Almería, España; <sup>2</sup>Clínica Mediterraneo, Almería, España.

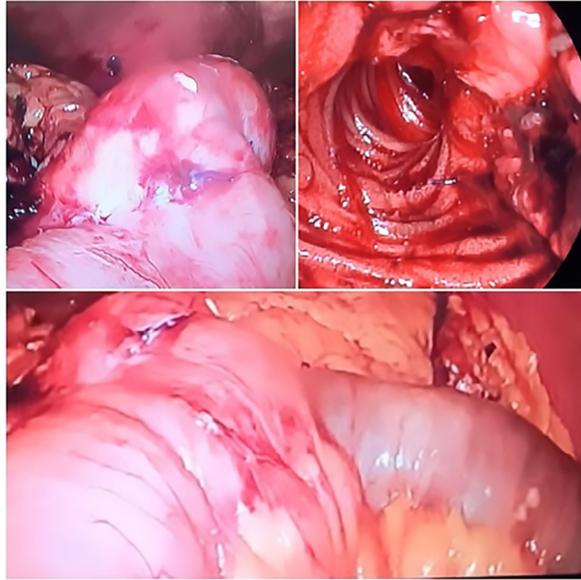
**Introducción:** El bypass de una sola anastomosis (BAGUA) se ha convertido, actualmente, en la tercera técnica bariátrica más realizada a nivel mundial, con buenos resultados a medio-largo plazo en cuanto a pérdida ponderal y mejora de comorbilidades. La hemorragia del estómago excluido, a pesar de ser poco frecuente, plantea serias dificultades tanto diagnósticas como terapéuticas debido a su ubicación específica que pueden llevar a un desenlace fatal si no se actúa correctamente.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de una paciente de 39 años con un BMI de 43,8 kg/m<sup>2</sup>, a la que se interviene mediante técnica BAGUA sin incidencias intraoperatorias. A las 10 horas de la intervención, la paciente presenta cuadro de hipotensión (90/60mmHg) y taquicardia, así como débito hemático abundante (300cc en 12 horas) por el drenaje junto con descenso de hemoglobina (de 14,9mg/dl a 11,5mg/dl). Se decide reintervención quirúrgica laparoscópica apreciando hemoperitoneo en cantidad abundante (unos 1200cc de contenido hemático libre) que se aspira y se lava. No aprecia sangrando activo, a pesar de una revisión exhaustiva, evacuando abundantes coágulos en lecho de sección gástrica.

**Resultados:** A las dos horas de finalizar esta reintervención, la paciente presenta nuevo episodio de hipotensión (60/40mmHg), asociado a hematemesis franca (varios vómitos consecutivos). Ante dicha situación, se decide nueva revisión quirúrgica laparoscópica.

No se aprecia hemoperitoneo, sin embargo, se objetiva el pouch gástrico y asa aferente llenos de contenido hemático. Se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) intraoperatoria evidenciando un gran coágulo que abarca todo el reservorio. Se consigue liberar y aspirar, sin evidenciar sangrado activo en la zona de la anastomosis. Se decide, debido a la inestabilidad de la paciente, así como al contenido del asa aferente, realizar resección del estómago excluido. Se realiza sección a nivel prepilórico con endocortadora y sutura hemostática de la misma línea de grapado. Es dada de alta domiciliaria con dieta líquida a los 5 días de la reintervención.

**Conclusiones:** Las complicaciones agudas del remanente gástrico (la hemorragia en particular), supone un desafío, tanto en el diagnóstico como en su tratamiento. La función de la reanimación, fluidoterapia, transfusión, monitorización y establecer la severidad del sangrado es el primer paso. En caso de inestabilidad se debe realizar EDA diagnóstico-terapéutica. En caso de no localizar el sangrado se puede realizar una endoscopia de doble balón. La creación de una gastrostomía distal percutánea (ya sea mediante ecografía o guía por TC) o una gastroduodenoscopia laparoscópica, en determinados pacientes, puede proporcionar una visualización adecuada y tratar el sangrado del remanente, si bien, son métodos que no son sencillos y no se utilizan con facilidad en la práctica habitual. Cuando los anteriores métodos fracasan, ante inestabilidad del paciente, la gastrostomía del estómago remanente es una opción a tener en cuenta a pesar de ser un gesto radical.



P-83

## 1000 cirugías bariátricas en un Hospital de segundo nivel, análisis de nuestra experiencia

**Leire Otalora Mazuela, Antonia Brox Jimenez, Miguel Lladro Esteve, María Artime Rial, Lara Pérez Corbal, Veronica Costas Fernandez, Elena Lois Silva, Ivan Cordovés Weiller, David Castrodá Copa, Alberto Parajó Calvo. Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España.**

**Objetivos:** La unidad multidisciplinar para el tratamiento de la obesidad comenzó en el año 2006 en nuestro Complejo Hospitalario.

El objetivo es analizar el recorrido y los resultados en 16 años de trayectoria.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo, descriptivo de una Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica en un Hospital de segundo nivel tras superar el millar de pacientes intervenidos de Cirugía Bariátrica.

**Resultados:** Hasta la fecha se han intervenido 1065 pacientes por abordaje mínimamente invasivo (laparoscópico o robótico), una media de 80 pacientes por año. 2 de ellos se convirtieron a cirugía abierta.

Durante 2020 y 2021 hubo una caída significativa de la actividad a consecuencia de la pandemia Covid-19.

El rango de edad de nuestra serie oscila entre los 18 y 67 años. 846 (79,44%) de los pacientes intervenidos fueron mujeres y 219 (20,56%), varones. El peso máximo fue de 253 kg que a su vez correspondió al mayor IMC (104).

Todos nuestros pacientes fueron optimizados e informados de los beneficios de la pérdida de peso preoperatoria. A los pacientes con IMC mayor o igual a 50 se les ofreció la colocación de un balón intragástrico.

*Tabla 1. Técnicas quirúrgicas realizadas*

Técnica quirúrgica	N (%)
By-pass gástrico (BP)	599 (56,24%)
Gastrectomía vertical	436 (40,93%)
Otras (Scopinaro, cruce duodenal, SADI-S, conversión a by-pass, gastrectomía total)	30 (2,83%)

En cuanto al análisis de la morbi-mortalidad, el porcentaje de mortalidad es del 0% y el desglose de complicaciones se detalla en las tablas 2 y 3.

Tabla 2. Complicaciones postoperatorias

Complicaciones	N = 54 (5,07%)
Fístulas gástricas	21
Fístulas gastro-gástricas	3
Fístula pie de asa	1
Fístula del remanente	1
Fístula pancreática (SADI-S)	1
Oclusión en pie de asa	2
Fístula biliar (colecistectomía)	1
Perforación intestinal	1
Hemorragia digestiva alta	4
Estenosis	1 (GV), 3 (BP)
Hemoperitoneo	4
Hematoma línea de grapas	4
Absceso abdominal (sin fístula)	4
Sepsis por catéter	1
Neumonías nosocomiales	2
Trombosis portal	1
Hematoma herida	1
Celulitis (eventroplastia)	1

Tabla 3. Clasificación de las complicaciones postoperatorias según la escala de Clavien-Dindo

Grados clasificación Clavien-Dindo	N (%)
I	2 (0,18%)
II	17 (1,60%)
IIIa	5 (0,47%)
IIIb	20 (1,87%)
IVa	5 (0,47%)
IVb	5 (0,47%)
V	0 (0%)

A lo largo de estos años hemos evolucionado hasta ofrecer una recuperación intensificada, más simplificada y confortable para el paciente, siendo menores los tiempos quirúrgicos. Habitualmente el paciente sale de quirófano sin sondas ni drenajes e iniciando sorbos de líquidos por vía oral el mismo día de la intervención.

En nuestra Unidad a lo largo de estos años se han formado 3 cirujanos bariátricos con el diploma de competencia de la SECO nivel completo.

**Conclusiones:** Desde un Hospital de segundo nivel se puede realizar cirugía bariátrica con seguridad y calidad.

Afrontamos los próximos años con la ilusión de seguir en la vanguardia, convencidos de que el cirujano continuará siendo una pieza angular en el tratamiento de la obesidad.

La Cirugía Robótica que hemos comenzado a usar en nuestro Centro tiene mucho beneficio que aportar a los pacientes obesos.

P-84

## Puesta en marcha de un programa de cirugía bariátrica en un hospital comarcal insular. Luchando contra la doble insularidad

José María García Pérez, Ildefonso Campano, Alberto Gil, Alicia Vidal, Mildred Sifontes, Isabel Álvarez, Javier Bettioli, Fernando Alcaide Matas.  
Hospital Mateu Orfila, Maó, España.

**Objetivos:** Describir el proceso de formación de un programa de Cirugía Bariátrica en un hospital de 150 camas en una isla como Menorca, Como hemos lo hemos hecho e intervenido a los primeros 21 pacientes.

**Material y métodos:** En las Islas Baleares la prevalencia de Obesidad ( $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ ) se sitúa en 16,3% superando ligeramente la media nacional (16%). Desde que la Cirugía Bariátrica está incluida en la cartera de servicios de nuestro hospital de referencia, un hospital de tercer nivel de 1000 camas, hemos derivado todos los pacientes que eran susceptibles de ser operados. Pero debido a la alta presión asistencial del centro, los pacientes con obesidad mórbida se han visto relegados a listas de espera que en algún caso sobrepasa los 7 años.

Se decidió crear el programa de Cirugía Bariátrica en nuestro centro en 2018. Se confeccionó un plan estratégico fundamentado en 4 pilares: Formación, Comité multidisciplinar, Protocolo y Vía clínica. Tres cirujanos forman parte de la unidad. Los tres en varias fases del programa de acreditación SECO. Se creó un comité que incluye a Endocrinología, Anestesia, Cirugía, Psicología y Nutricionista. Confeccionamos un Protocolo que se presentó en Ib-Salut y nos dio permiso para iniciar el programa. A partir de aquí se redactó y consensuó una Vía clínica propia.

**Resultados:** Los pacientes son derivados desde Atención Primaria a la Unidad de obesidad, donde Endocrino hace una valoración inicial. Se comentan en comité y si pierden entre un 5-10% del exceso de peso y no cumplen criterios de exclusión, se les da el apto para cirugía.

Los primeros pacientes se intervinieron en octubre de 2019. Fuimos tutorizados por dos cirujanos expertos. Hasta el día de hoy y perjudicados claramente por el parón que supuso la pandemia, hemos operado a 21 pacientes. Las cifras de %EPP han sido las esperadas en todos los casos menos en uno con una reganancia a los dos años de casi el 50% de lo perdido. La tasa de complicaciones postoperatorias ha sido menor al 5% C-D I y II. Tan solo un paciente se tuvo que reintervenir en postoperatorio precoz por hemorragia.

Hemos realizado 20 gastrectomías verticales y 1 bypass simplificado. Para esta segunda fase del programa también hemos contado con la tutorización de dos cirujanos expertos en este caso del Hospital de Manises, con casi 600 casos a sus espaldas.

**Conclusiones:** Nos encontramos ante un cambio de paradigma similar al que sucedió con la introducción de la cirugía laparoscópica. Durante años se ha considerado a la cirugía bariátrica como procedimientos con una tasa elevada de complicaciones graves y que debía quedar circunscrita a hospitales de tercer nivel con amplia experiencia en cirugía esófago-gástrica. El tiempo y la estandarización de las diversas técnicas nos ha demostrado que, con la formación previa adecuada, la realización de un protocolo y vía clínica actualizados y sobretodo la confección de un Comité Multidisciplinar donde discutir y analizar uno a uno los casos a operar, se puede incluir la Cirugía Bariátrica en hospitales de menor volumen.

P-85

## COMPLICACIONES SECUNDARIAS A TÉCNICA POSE Y REPERCUSIÓN EN POSTERIOR CIRUGÍA BARIÁTRICA

**David Plazas López, Beatriz Castro Andres, Juan Carbó López, Jacinto Galeano Senabre, Manuel Francisco Meseguer Anastasio, Rosario Ana Palasi Gimenez. Hospital La Fe, Valencia, España.**

**Objetivos:** En las últimas décadas ha habido numerosos avances en el ámbito de la cirugía bariátrica, entre los que cabe destacar las nuevas técnicas con abordaje endoscópico, permitiendo una menor agresividad.

La técnica POSE (Primary Obesity Surgery Endoluminal) consiste en un método restrictivo de plicaturas endoluminales. Se expone nuestra experiencia en cuanto a las complicaciones derivadas del POSE, así como la dificultad técnica en caso de una cirugía bariátrica posterior.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio observacional retrospectivo de 7 pacientes, a los que se le han realizado la técnica POSE en otro Hospital. Se dividió la muestra en dos grupos: un primer grupo que presentó complicaciones tras POSE y un segundo en el que se realizó cirugía bariátrica por reganancia ponderal.

En ambos grupos se tuvieron en cuenta variables comunes como edad, sexo, peso, talla, IMC y comorbilidades antes y después del POSE. En el primer grupo se tuvo en cuenta motivo de ingreso, el tiempo transcurrido, manejo y los resultados de pruebas complementarias. En el segundo grupo se tuvo en cuenta la realización endoscopia preoperatoria, tipo de técnica quirúrgica indicada, hallazgos intraoperatorios, técnica realizada, endoscopia intraoperatoria, peso, IMC y comorbilidades actuales.

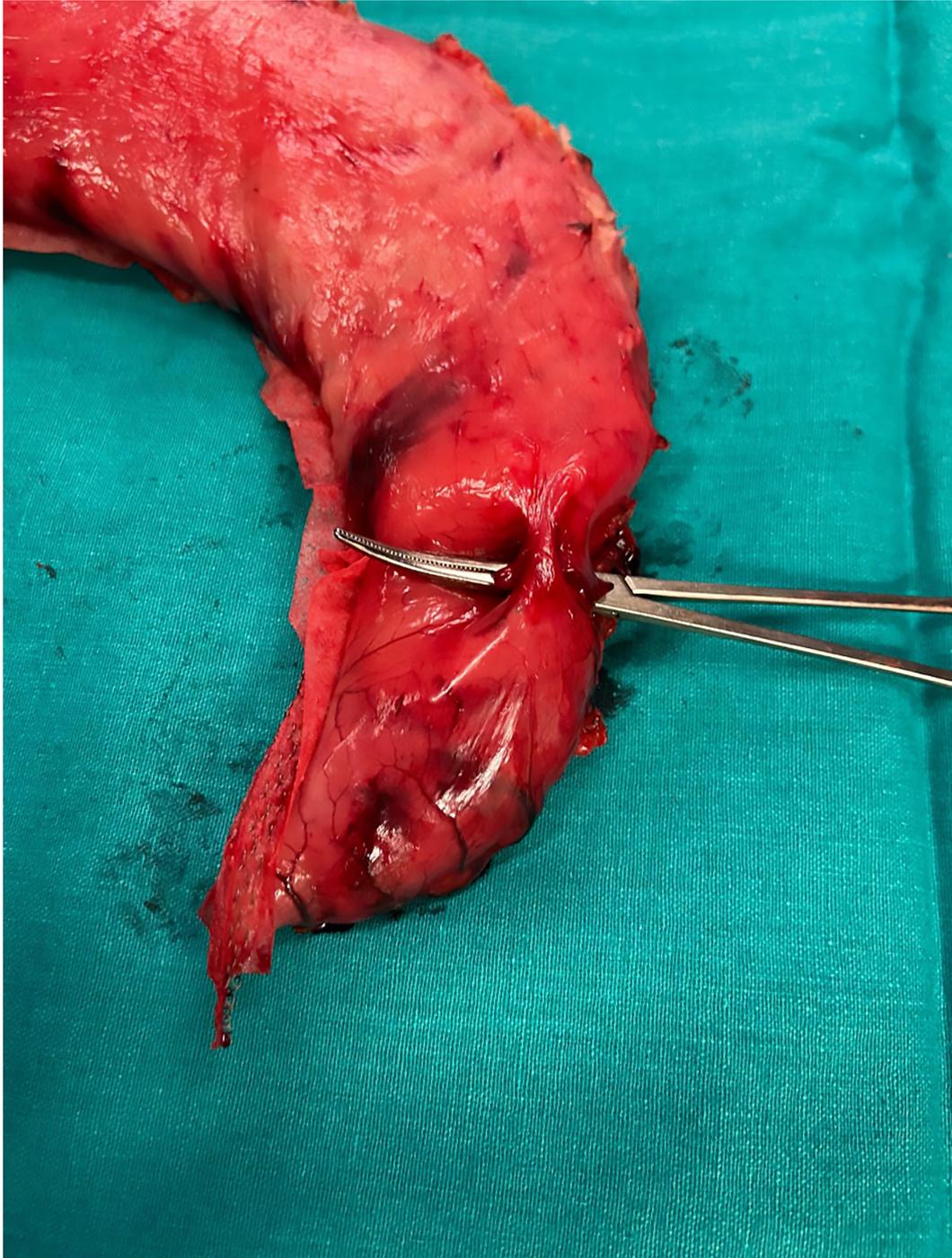
Se calculó el **PEIMCP (Porcentaje de exceso de IMC perdido)** en todos los pacientes tras el POSE y tras la cirugía. Se analizaron los resultados en función de los estándares establecidos para cada una de las técnicas.

**Resultados:** Teniendo en cuenta el IMC previo a POSE y al año de la técnica, se obtuvo un PEIMCP medio de 34,1% (13,82% - 68,29%).

Hubo tres casos de complicaciones relacionadas con el POSE. Fueron diagnosticados de perforación gástrica, dos de forma precoz en las primeras 72 horas tras la técnica y el tercero debutó de manera tardía a los 4 años. Los tres se manejaron de manera conservadora con ingreso, antibioterapia intravenosa y uno de ellos requirió drenaje endoscópico transgástrico.

El segundo grupo consta de cuatro pacientes en los que se indicó cirugía bariátrica por reganancia ponderal y persistencia de comorbilidades tras POSE. Tras estudio preoperatorio se decidió *bypass* gástrico en dos casos y gastrectomía vertical en los dos restantes. Dados los hallazgos intraoperatorios de exteriorización de suturas en pared gástrica y adherencias inflamatorias secundarias se decidió modificación de la técnica quirúrgica propuesta en los casos de *bypass* y realización de gastrectomía vertical, con realización de endoscopia intraoperatoria en uno de ellos. Tras la cirugía se obtuvo en todos los pacientes un PEIMCP de entre 50% y 67% con un seguimiento medio de 22 meses y en todos los casos se resolvieron las comorbilidades.

**Conclusiones:** Las técnicas endoscópicas pueden tener su papel en el tratamiento de la obesidad pero se hace necesario asentar unos principios sobre los que regir la indicación de las mismas. Basándonos en nuestra experiencia, estas técnicas no están exentas de complicaciones y pueden suponer una dificultad añadida si se precisa cirugía bariátrica posterior, en cuyo caso, la realización de endoscopia intraoperatoria podría ser útil en la toma de decisiones.



P-86

## Abordaje eTep-laparoscópico de las hernias ventrales en pacientes con obesidad grado i-ii: estudio comparativo

**Jencarlos Trujillo Díaz, Juan Ramón Gómez López, Pilar Concejo Cútolí, María Antonia Montenegro Martín, Clara Martínez Moreno, Francesco Schenone, Juan Carlos Martín Del Olmo.**  
**Hospital MEDINA DEL CAMPO, VALLADOLID, España.**

**Objetivos:** La obesidad es una patología que ha ido aumentando en las últimas décadas, convirtiéndose en una verdadera epidemia en el mundo occidental. Estos pacientes tienen más probabilidades de tener afecciones médicas comórbidas con aumento de las complicaciones perioperatorias: cardíacas, respiratorias, tromboembólicas y complicaciones de las heridas quirúrgicas. Las hernias de la pared abdominal son uno de los problemas más frecuentes abordados por los cirujanos generales. La reparación de la hernia ventral sigue siendo un desafío en la población con obesidad, dado que ésta es un factor de riesgo independiente para las complicaciones postoperatorias de la reparación herniaria, como el aumento de la estancia hospitalaria (LOS), aumento de la recurrencia herniaria y un mayor riesgo de complicaciones relacionadas con la herida. La cirugía mínimamente invasiva (CMI) se ha desarrollado en las últimas décadas para mejorar los resultados clínicos. La evidencia actual revela una mayor morbi-mortalidad en pacientes con obesidad que se someten a una reparación abierta de hernia ventral; por lo que creemos que esta población podría beneficiarse de la CMI.

**Material y método:** Estudio retrospectivo donde analizamos nuestra base de datos de pacientes con hernia ventral (primaria y secundaria) sometidos a cirugía de pared abdominal mediante abordaje laparoscópico-eTEP, durante el periodo Septiembre-2021 a Febrero-2023. Realizamos un análisis comparativo entre los pacientes con índices de masa corporal (IMC)  $\leq 30$  (no obesos) e IMC  $> 30$  (obesos). Se recogieron datos demográficos, variables preoperatorias e intraoperatorias, tasa de complicaciones y recurrencias, estancia hospitalaria y seguimiento.

**Resultados:** Un total de 34 pacientes fueron sometidos a cirugía laparoscópica eTEP durante este periodo, de los cuales 19 (55,9%) presentaban obesidad y 15 (44,1%) no.

### GRUPO OBESOS:

El IMC medio fue de  $34,28 \pm 2,82$  kg/m<sup>2</sup>, edad: 67 (RIQ: 46-74 años), la mayoría eran mujeres: 11 (57,9%). Comorbilidades: HTA: 10 (52,6%), DM: 5 (26,3%), Clasificación ASA II: 10 (52,6%) y III: 6 (31,6%).

El 100% de las hernias eran de línea media en su mayoría presentaban cirugías previas (hernias incisionales): 13 (68,4%) y se asociaban a diástasis: 15 (78,9%) con una distancia entre rectos media:  $4,2 \pm 1,35$  cm.

Defecto herniario: ancho:  $4,7 \pm 1,77$  cm, área defecto: 16 (RIQ: 9-30 cm<sup>2</sup>), ancho malla:  $18,26 \pm 4,77$  cm, largo malla:  $26,9 \pm 5,11$  cm, área malla: 450 (RIQ: 390-540 cm<sup>2</sup>), tiempo quirúrgico: 200 (RIQ: 120-240 min).

Cirugía realizada: Rives-Stoppa: 15 (78,9%), TAR-unilateral: 2 (10,5%) y bilateral: 2 (10,5%), fijación atraumática: 100%, drenaje: 2 (10,5%).

Seguimiento: 337 (RIQ: 168-412 días), EVA-1º DPO:  $4,1 \pm 1,1$ , EVA-7º DPO:  $2,4 \pm 0,63$ , EVA-1 MPO:  $1,08 \pm 0,51$ , EVA-3 MPO:  $0,1 \pm 0,3$ , LOS:  $1,4 \pm 0,63$ .

Durante el tiempo medio de seguimiento (337 días) se observaron las siguiente incidencia de complicaciones globales: 3 (15,8%), graves: ninguno, seroma clínico: 2 (10,5%), hematoma: 1 (5,3%), y ningún caso de infección ni de recidivas herniarias.

Comparamos la incidencia de complicaciones globales, aparición de seroma clínico, ecográfico y hematomas en pacientes obesos frente a los no obesos y no se observaron diferencias estadísticamente significativas (15,8% vs. 13,3%  $p > 0,05$ ; 10,5% vs. 0%  $p > 0,05$ ; 57,9% vs. 33,3%  $p > 0,05$ ; 5,3% vs. 0%  $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes obesos tienen mayores comorbilidades y riesgo de complicaciones perioperatorias. La cirugía de la pared abdominal en estos pacientes es un desafío. Con el abordaje laparoscópico la tasa de complicaciones de la herida quirúrgica disminuye al igual que el dolor postoperatorio.

En nuestra serie no observamos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la incidencia de complicaciones globales, graves, incidencia de seromas, dolor postoperatorio, recidiva herniaria en el grupo con obesidad en comparación con el grupo sin obesidad, por lo que podemos decir que el abordaje mínimamente invasivo eTEP en pacientes obesos (grado I-II) parece ser un procedimiento seguro y efectivo.

P-87

## Hipoglucemia reactiva tras gastrectomía vertical, ¿es posible que esté subestimada? Discusión de un caso clínico resuelto mediante bypass gástrico

**Anna Trinidad Borrás, Nikolak Lobo, Margarida Vives Espelta, Elia Bartra Balcells, Esther Raga Carceller, Mercè Hernández González, Stephanie Haupt, Guillermo Renau, Fatima Sabench Pereferrer, Daniel Del Castillo Déjardin.**  
**Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.**

**Introducción:** La prevalencia de hipoglucemia reactiva tras cirugía bariátrica es muy heterogénea en la literatura debido a las diferentes metodologías usadas para su diagnóstico. Si bien es conocida como una complicación muy poco frecuente, dos estudios recientes evidencian que su prevalencia puede estar subestimada, alcanzando valores de hasta 90% en el bypass gástrico y 67% en gastrectomía vertical (1, 2). A continuación, se presenta un caso de hipoglucemia reactiva severa tras gastrectomía vertical y su manejo.

**Caso clínico:** Varón de 53 años con los siguientes antecedentes: Diabetes Mellitus tipo 2 insulino dependiente, obesidad mórbida grado III (IMC 47, 150Kg), esófago de Barrett y síndrome de apnea obstructiva del sueño portador de CPAP. En diciembre de 2020 se interviene de forma programada realizando una gastrectomía vertical laparoscópica sin incidencias. A los 2 días de postoperatorio, el paciente es dado de alta asintomático, con un tránsito y analítica rutinarios de control sin alteraciones. A los dos meses de la cirugía, endocrinología retira insulina por remisión de su diabetes.

Durante el seguimiento en consultas externas, el paciente presenta una pérdida muy acusada de peso; a los 10 meses de la cirugía, presenta 65 Kg. Además, presenta episodios de hipoglucemias (glucemia < 70mg/dl) acompañados de síntomas adrenérgicos y neuroglucopenia postprandiales, así como sensación de náuseas, vómitos y pirosis importante.

Es por ello por lo que requiere ingreso hospitalario en varias ocasiones mostrando una tríada de Whipple positiva. Se procede a un seguimiento estrecho por nutrición y endocrinología, quienes pautan una dieta fraccionada con baja glucemia. Se realiza un estudio completo: tomografía computarizada toracoabdominal, resonancia magnética pancreática, cateterismo pancreático, gastroscopia y tránsito intestinal, todos ellos sin hallazgos patológicos.

Analíticamente, presenta signos analíticos de desnutrición, con los siguientes parámetros: glucemia basal 48mg/dl, HbA1c 4,8%, Péptido C 0,33, Insulina 18, proinsulina <0,5, cortisol/ACTH 16/17. Se descartan causas endógenas de hipoglucemia. Durante el ingreso, el paciente presenta severa intolerancia alimentaria a sólidos y líquidos, asociado a vómitos posprandiales.

**Resultados:** El paciente persiste sin mejoría clínica, presentando caquexia importante (65Kg) por lo que, en febrero 2022 se decide realizar una laparoscopia exploradora donde no se evidencian hallazgos que justifiquen el cuadro clínico. Se decide convertir a bypass gástrico. El paciente evoluciona favorablemente durante el postoperatorio, con progresiva tolerancia oral y sin nuevos episodios de hipoglucemias, por lo que es dado de alta a la semana postoperatoria, sin incidencias. Actualmente, se mantiene en seguimiento estrecho en consultas externas sin nuevos episodios de hipoglucemias.

**Conclusiones:** La hipoglucemia reactiva puede representar una complicación grave en el postoperatorio. Estudios recientes orientan a una infraestimación de su prevalencia, ya que únicamente se reportan los casos más graves. Son necesarios más estudios robustos y con una metodología adecuada, que permitan determinar su prevalencia real y proponer una guía de tratamiento y seguimiento de esta complicación.

P-88

## Perforación del remanente gástrico, una complicación infrecuente difícil de diagnosticar

Rafael González-Costea Martínez, Elena Romera Barba, Nuria Torregrosa Pérez, María Inmaculada Navarro García, Elena Crespo Álvarez, Cristobal Perán Fernández, Cecilia Gijón Román, Beatriz Gómez Molina, Virginia Casado García, José Luis Vázquez Rojas.

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España.

**Objetivos:** La efectividad del bypass gástrico la convierte en una de las técnicas más utilizadas en cirugía bariátrica, si bien no es un procedimiento exento de complicaciones con una morbilidad alrededor del 10% y una mortalidad del 1-2%. Las complicaciones postoperatorias son peculiares debido por un lado a la escasa expresividad clínica de estos pacientes por su diferente respuesta al estrés, a las dificultades en la exploración por la propia obesidad y por otro a la alteración anatómica que supone esta técnica con la exclusión de un segmento del tubo digestivo, lo que además genera dificultades terapéuticas.

El bypass gástrico, es considerado una cirugía potencialmente ulcerogénica asociado a la producción local de ácido y a la utilización de material irreabsorbible, como ocurre con las suturas mecánicas. La perforación a nivel del remanente gástrico o duodenal después de la realización es un bypass gástrico es una de la complicación infrecuente de este procedimiento que suele dar una clínica más larvada y suele ser de difícil diagnóstico si no se sospecha.

**Material y Métodos:** Mujer de 48 años con antecedente de bypass gástrico laparoscópico 12 años atrás, con pérdida posterior de 35 kg de peso, con H. pylori (-) previo a la cirugía y sin antecedente de ulcera gástrica o duodenal. Acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal de 12h de evolución, continuo, de inicio brusco en hipocondrio izquierdo, asociado a sudoración profusa. A la exploración mostraba defensa generalizada y signos de irritación peritoneal. La analítica mostró una elevación de la proteína C reactiva, sin más alteraciones. TC abdominal: sin evidencia de neumoperitoneo sin fuga de contraste, con pequeña cantidad de líquido libre y engrosamiento parietal del asa alimentaria proximal y más distalmente dilatación de asas de yeyuno con cierta incurvación de vasos mesentéricos probablemente en contexto de una hernia interna.

**Resultados:** Se decidió intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía hallando una peritonitis aguda difusa biliar secundaria a una perforación de 0,5 cm. a nivel de píloro que se trató con cierre primario. No se evidenció causa obstructiva. Presentó buena evolución posterior, siendo alta al 4º día postoperatorio. H. pylori posterior a la cirugía negativo.

### Conclusiones:

Las perforaciones del remanente gástrico son raras y difíciles de diagnosticar. Suelen presentarse con ausencia de aire libre en la cavidad abdominal en la radiología, ya que el aire en el remanente gástrico es absorbido en el postoperatorio, por lo que ante la sospecha de perforación a este nivel se debe optar por el tratamiento quirúrgico urgente.

P-89

## Manejo de la coledocolitiasis en paciente con bypass gástrico. Un reto terapéutico

Rafael González-Costea Martínez, Elena Romera Barba, María Inmaculada Navarro García, Nuria Torregrosa Pérez, Elena Crespo Álvarez, Cristobal Perán Fernandez, Ceciclia Gijón Román, Beatriz Gómez Molina, Virginia Casado García, José Luis Vázquez Rojas.

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España.

**Objetivos:** La cirugía bariátrica representa el tratamiento más efectivo para el tratamiento de la obesidad en la actualidad. Los beneficios asociados a la propia cirugía son innumerables y favorecen la mejoría y resolución de muchas de las comorbilidades asociadas en estos pacientes. Sin embargo, los cambios anatómicos creados en las técnicas mixtas como es el bypass gástrico en Y de Roux (BPG) pueden condicionar la resolución de la coledocolitiasis. Todo ello impide el uso de técnicas convencionales y hace necesario el uso de métodos de tratamiento más complejos que incluso en ocasiones requieren un abordaje multidisciplinar. Presentamos un caso clínico de una paciente portadora de un BPG con diagnóstico de colecistitis aguda y coledocolitiasis que precisó cirugía urgente y posteriormente tratamiento de una coledocolitiasis residual.

**Material y métodos:** Mujer de 73 años con antecedente de bypass gástrico laparoscópica hacía 15 años que acude a urgencias por dolor abdominal y fiebre de 72h de evolución. Se realizó TAC abdominal hallando colecistitis aguda litiasica complicada con perforación y coledocolitiasis con dilatación de vía biliar.

**Resultado:** Se decidió cirugía urgente mediante laparotomía subcostal derecha hallando una colecistitis aguda gangrenosa perforada, con gran cantidad de adherencias de epiploon a hígado. Ante la imposibilidad para identificar el conducto cístico, se realizó colecistectomía de fondo a cuello y sección de la misma a ese nivel. Se localizó el colédoco dilatado, con múltiples cálculos en su interior. Se realizó colangiografía tras punción con aguja de insulina y coledocotomía con extracción de dos moldes de barro biliar, lavado con sonda de colédoco, inserción de tubo de kehr y colangiografía trans kehr observando paso de contraste a duodeno. La paciente fue alta al 6 día portando tubo de kehr que perdió accidentalmente 2 semanas más tarde. A los 4 meses de la cirugía reingresa por ictericia y dolor abdominal evidenciando dilatación de vía biliar en ecografía. Se realizó CTPH a través de catéter externo en radicales biliares izquierdos, apreciando litiasis de 1.5 cm en colédoco distal. Se recanalizó hasta duodeno, se dilató la papila con balón de 12mm y 16mm, y se realizó impulsión de litiasis hacia duodeno con el propio balón de 16mm y ayuda del Fogarty. Se dejó catéter de drenaje biliar interno-externo 8fx40 cm abierto a bolsa, que se retiró tras control una semana más tarde.

**Conclusiones:** El bypass gástrico en Y de Roux es una técnica que dificulta el posterior acceso a la vía biliar, por lo que el tratamiento de la coledocolitiasis en estos pacientes puede ser un reto terapéutico. La CTPH constituye una alternativa frente a la vía endoscópica tradicional mediante CPRE, si bien precisa una vía biliar intrahepática dilatada y un equipo con experiencia. Existen otras alternativas de acceso con variabilidad de porcentajes de éxito como la CPRE transgástrica, transyeyunal o la doble canulación de la vía biliar transcística y duodenal mediante laparoscopia.

P-90

## Resolución robótica a banda gástrica y conversión a bypass gástrico

**Marta Rojas Estevez, Jorge Abellán Fernández, Rajesh Haresh Gianchandani Moorjani, Vanesa Concepción Martín, Alberto Díaz García, Rafael Orti Rodríguez, Carmen Díaz López, Juan Manuel Sánchez González, Enrique Moneva Arce, Manuel Ángel Barrera Gómez.**

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

**Objetivos:** La cirugía robótica ha permitido un aumento y mejora de la precisión y la flexibilidad de las intervenciones quirúrgicas, facilitando así los procedimientos más complejos o dificultosos que, con otras técnicas, sería muy difícil llevar a cabo.

**Material y métodos:** Mujer de 35 años con antecedente de colocación de banda gástrica en centro externo para tratamiento de la obesidad hace 10 años. Actualmente, presenta IMC de 37,65 y asocia clínica de epigastralgia y vómitos frecuentes. Tras ser valorada en el Comité multidisciplinar de obesidad, se decide intervención quirúrgica para retirada de banda gástrica y conversión a bypass gastroesofágico en Y de Roux, mediante cirugía robótica.

**Resultados:** En la intervención se realizó un abordaje totalmente robótico. Se objetivó importante síndrome adherencial de epiplon y estómago a lóbulo hepático izquierdo. Se realizó una disección dificultosa del estómago, logrando identificar la banda (epitelizada sobre el estómago) en curvatura menor, justo por debajo de la unión gastroesofágica, la cual se seccionó y retiró cuidadosamente. Dada la localización, se decide realizar el reservorio por encima de la localización de la banda previa. Posteriormente, se realizó el bypass gastroyeyunal con asa alimentaria antecólica mediante anastomosis gastroyeyunal y del pie de asa latero-lateral mecánica. Se comprobó estanqueidad con test hidroneumático. Se cerró el orificio del meso y se comprobó correcta vascularización con verde de indocianina.

La paciente presentó buena evolución posterior; siendo dada de alta al tercer día postoperatorio.

**Conclusiones:** La utilización del sistema robótico Da Vinci facilita la revisión en la cirugía bariátrica, especialmente en los casos complejos, como puede ser la presencia de banda gástrica a la hora de hacer una reconversión a bypass gástrico.

P-91

## Úlcera candidiásica, una infrecuente causa de perforación a nivel de anastomosis gastroyeyunal

**María Teresa Pérez Domene, Ana Muñoz Rivas, Alejandro García Muñoz Najar, Carlos Ferrigni Gonzalez, Silvia Sanchez Infante Carriches, Camilo José Castellón Pavón, Manuel Duran Poveda.**  
**Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid), España.**

**Objetivos:** Dar a conocer una infrecuente causa de úlcera persistente en la anastomosis gastroyeyunal en un paciente sano intervenido de un bypass gástrico metabólico.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de un varón de 32 años, sin antecedentes de interés, intervenido en junio de 2021 de un bypass gástrico laparoscópico por presentar un índice de masa corporal (IMC) de 41 kg/m<sup>2</sup> sin otras comorbilidades.

Al año de la cirugía acude a urgencias con un cuadro de dolor abdominal asociado a taquicardia y fiebre. Se realiza una tomografía computarizada (TC) en la que se objetivan signos compatibles con perforación a nivel de la anastomosis gastroyeyunal, sin neumoperitoneo ni líquido libre. Dada la estabilidad del paciente se decide realizar tratamiento conservador con antibioterapia de amplio espectro presentando mejoría clínica y dándose de alta con tolerancia a la vía oral. Se realiza, de manera ambulatoria a las 4 semanas del diagnóstico, una endoscopia digestiva alta (EDA) donde se evidencia una úlcera de la boca anastomótica en cuya biopsia se identifican estructuras compatibles con *Candida albicans* (CA), por lo que se inicia tratamiento con fluconazol 200 mg cada 24 horas durante 14 días.

A los 6 meses de este episodio acude nuevamente a urgencias presentando fiebre y dolor abdominal. Análiticamente presenta leucocitosis, neutrofilia y PCR de 19 mg/dl. Se realiza TC abdominal donde se evidencia engrosamiento a nivel de la anastomosis gastroyeyunal compatible con perforación. Al encontrarse el paciente estable y dado su antecedente previo, se decide ingreso e inicio de tratamiento empírico con fluconazol.

**Resultados:** El paciente presentó mejoría clínica franca. Se realizó TC de control con contraste oral sin objetivarse fuga del mismo y mejoría de los signos indirectos de perforación tras una semana de tratamiento, por lo que se decidió alta hospitalaria.

El paciente continuó con tratamiento prolongado de mantenimiento con fluconazol durante 21 días y mejoría en la EDA de control.

**Conclusiones:** La esofagitis candidiásica (EC) es una forma invasiva de candidiasis cuya prevalencia oscila entre en 0.7 – 2% en la realización de EDA, siendo la CA el patógeno más frecuente. Aparece de manera concomitante hasta en un 40% de la población sana, pudiendo convertirse en un agente invasivo en situaciones de riesgo, como en inmunodeprimidos (90 – 95%) o en pacientes con alteraciones endocrino-metabólicas, como malnutrición, déficit de hierro, ácido fólico y alteraciones vitamínicas que produzcan alteraciones de la mucosa, disminución de la inmunidad celular y situaciones de malabsorción gastrointestinal, llegando a producir en estos pacientes úlceras persistentes a la toma de IBP y perforación intestinal por dicha causa.

El tratamiento de elección es el fluconazol por vía oral o intravenoso durante 21 días con una alta tasa de respuesta.

A pesar de que, en la mayoría de los pacientes, la causa principal de úlcera anastomótica tras una cirugía de bypass metabólico es el consumo de tabaco o toma de AINES, debemos realizar un estudio exhaustivo de la causa, ya que, en ocasiones, podemos encontrarnos con estos hallazgos excepcionales, pudiendo así prevenir futuras complicaciones de mayor riesgo.

P-92

## Abordaje robótico vs. Laparoscópico en cirugía bariátrica: análisis comparativo de seguridad y eficacia tras el primer año de experiencia

Mohamed Hassin Mohamed Chairi, Jennifer Triguero Cabrera, Monica Mogollón González, Cristina De Las Mercedes Plata Illescas, Jesús María Villar Del Moral, María Jesús Álvarez Martín.  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

**Objetivos:** Comparar los resultados entre el abordaje laparoscópico (AL) y robótico (AR) en cirugía bariátrica (CB) durante el primer año de implementación de este último.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, realizado sobre una cohorte de pacientes sometidos a CB entre enero y diciembre de 2022, en un hospital de tercer nivel.

Se incluyeron pacientes candidatos a CB primaria y revisional, que cumplieron con los requisitos del protocolo de nuestro centro. Las intervenciones realizadas fueron gastrectomía vertical (GV) y bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) mediante abordaje: laparoscópico, instaurado desde 2010 como vía de elección; y robótico (Da Vinci XIÓ), iniciado en 2022. El uso de la plataforma robótica se realizó en un formato "real robotic", mediante el uso de los 4 brazos y un separador hepático autoestático (Nathanson).

Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes; las cuantitativas por su media y desviación estándar. Se utilizó el test T de Student y U de Mann-Withney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo un valor  $p < 0,05$ . Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS 20.0 (SPSS, Armonk, NY).

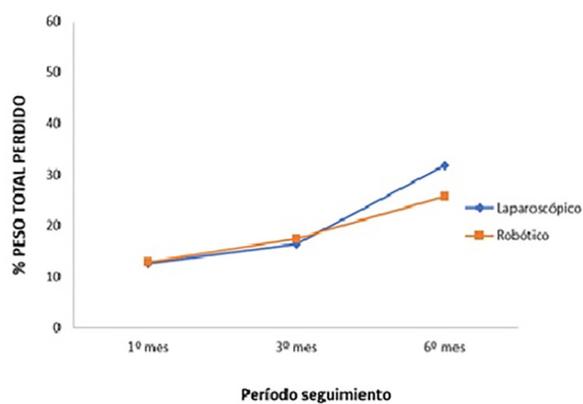
**Resultados:** 58 pacientes fueron intervenidos: 38 (65,5%) mediante AL; y 20 (35,5%) mediante AR.

Las principales variables analizadas se muestran en la Tabla 1.

		<b>Abordaje laparoscópico (n=38)</b>	<b>Abordaje robótico (n=20)</b>	p
PARÁMETROS PREOPERATORIOS	Género -Varón -Mujer	15(39,5) 23(60,5)	7(35) 13(65)	0,739
	Edad(años)	48,2 (±9,7)	48,3(±8,9)	0,973
	ASA -I-II -III-IV	16(42,1) 22(57,9)	12(60) 8(40)	0,195
	HTA	17(44,7)	9(45)	0,985
	DM II	11(28,9)	8(40)	0,394
	SAOS	24(59,5)	12(60)	0,774
	Hernia abdominal	9(23,7)	3(15)	0,438
	Dieta VLCD	28(73,7)	17(85)	0,326
	<b>IMC predieta</b>	46,9(±5,4)	41,4(±3,6)	<b>0,001</b>
	<b>IMC postdieta</b>	44,6(±4,9)	39,9(±3,4)	<b>&lt;0,001</b>
PARÁMETROS QUIRÚRGICOS	Cirugía -Primaria -Revisional	31(81,6) 7(18,4)	18(90) 2(10)	0,400
	<b>Tiempo quirúrgico (minutos)</b>	110,8 (±61,4)	196,3 (±71,1)	<b>&lt;0,001</b>
	Técnica quirúrgica -GV -BGYR	28(73,6) 10(26,3)	12(60) 8(40)	0,284
	Hiatoplastia	5(13,2)	2(10)	0,726
	Anastomosis gastroentérica -Manual -Mecánica lineal	8(80%) 2(20%)	6(75%) 2(25%)	0,465
	Conversión	0	0	
	Drenaje intraabdominal	1(2,6)	0	0,462
	Dindo-Clavien -I-II -III-IV	2(5,3) 0(0)	3(15) 2(10)	0,054
	Complicaciones postoperatorias: -Sangrado -Colección intraabdominal -Infección de herida	0 0 0	1(5%) 1(5%) 1(5%)	0,164
	Reintervención	0	1(5%)	0,164
	Estancia hospitalaria(días)	2,3(±0,7)	2,4(±2,3)	0,788
	Remisión HTA	11(64,7)	7(77,8)	0,142
	Remisión DMII	9(81,8)	8(100)	0,435
	Remisión SAOS	21(84)	9(75)	0,767
	PARÁMETROS POSTOPERATORIOS	Reflujo tras GV	3(9,4)	4(20)
%Peso Total Perdido (PPTP): -1ºmes -3ºmes -6ºmes		12,6(±2,4) 16,5 (±3,9) 31,9 (±0,8)	10,97 (±2,5) 17,51 (±5,1) 25,74(±5,4)	0,110 0,572 0,155

La pérdida ponderal postoperatoria se ilustra en la Figura 1.

**Conclusiones:** Pese al aumento del tiempo quirúrgico, consecuencia de la curva de aprendizaje, el AR ha mostrado resultados comparables al laparoscópico, siendo también seguro y eficaz a corto y medio plazo. Las ventajas técnicas otorgadas por la plataforma robótica favorecen un avance más rápido durante la curva de aprendizaje, permitiendo una selección más temprana de pacientes con mayor dificultad técnica, que por el momento se asimilan en complejidad a los seleccionados para el AL. Se necesita un mayor seguimiento para valorar su aplicabilidad en pacientes de alta complejidad y en procedimientos técnicamente más exigentes.



P-93

## Isquemia gástrica con neumatosis portal secundaria a balón intragástrico ingerible

**Ayoze Gonzalo Hernández, Aurora Suárez Cabrera, Maria Asunción Acosta Mérida, Carlos Fernández Quesada, Jose Antonio Casimiro Pérez, Luis Piñero González, Maria Del Mar Callejón Cara, Aida Cristina Rahy Martín, Florencia Susana Mena Serranía, Joaquín Marchena Gómez.**

**Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canarias, España.**

**Introducción:** La obesidad es una enfermedad crónica y de difícil manejo. Dadas las tasas epidémicas y el incremento las enfermedades relacionadas, existe una necesidad mundial de un tratamiento eficaz y seguro.

Debido al escaso éxito de los métodos conservadores, así como la morbimortalidad y posibles secuelas ligadas a la cirugía, surgen nuevas técnicas poco invasivas como el balón Intragástrico.

Existe una modalidad diseñada para la ingesta directa por parte del paciente que se rellena hasta un volumen de 550-600cc. No precisa endoscopia, pero sí supervisión médica y control radiológico de su normoposicionamiento. El balón permanece en el estómago cuatro meses y posteriormente se deshace espontáneamente y elimina sin necesidad de endoscopia.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 60 años hipertensa, exfumadora. Colocación hace 50 días de dispositivo de balón intragástrico ingerible. Acude al servicio de urgencias por vómitos tras la ingesta de 10 días que se hacen continuos en las últimas 72 horas con aspecto de posos de café e intolerancia oral completa. Refiere leve molestia epigástrica y estreñimiento de 5 días sin otra clínica.

Presenta excelente estado general, hemodinámicamente estable y afebril. Abdomen globuloso palpándose gran distensión de cámara gástrica sin dolor ni signos de irritación peritoneal. No presenta alteraciones analíticas salvo leucocitosis leve de 16.500 con neutrofilia.

Se solicita TC de abdomen urgente que objetiva balón intragástrico entre cuerpo y antro de 13x11cm. Ausencia de captación de la pared gástrica en fundus y curvatura mayor sugestiva de necrosis transmural. Signos de neumatosis portal en ambos lóbulos hepáticos sin líquido libre, colecciones ni neumoperitoneo.

Dados los hallazgos y el buen estado clínico-analítico de la paciente se indica EDA urgente que describe dispositivo intragástrico que se vacía y extrae. En curvatura mayor y fundus hemorragias submucosas sin sangrado activo y mucosa congestiva sin isquemia establecida, úlceras ni otros signos de alarma.

Teniendo en cuenta la EDA y la situación de la paciente se opta por un manejo conservador con retirada del dispositivo, dieta absoluta y vigilancia estrecha.

Durante su estancia en planta se somete a control estricto analítico y de RFA, débitos por SNG así como cualquier signo clínico de alarma con evolución favorable.

El 6º día de ingreso se inicia tolerancia oral sin incidencias. El 9º día se realiza EDA de control previa al alta dentro de la normalidad por lo que se decide alta hospitalaria tolerando dieta, estable y tránsito normal.

**Discusión:** La prevalencia de sobrepeso y obesidad aumenta de forma preocupante en nuestro medio. Como consecuencia, proliferan tratamientos como el balón intragástrico.

La mayoría de los efectos adversos derivados de su uso son menores. Las complicaciones graves, como rotura, migración, cuadros obstructivos, perforación gástrica o isquemia son excepcionales, pero deben tenerse en cuenta ante cualquier signo de alarma.

**Conclusión:** El balón intragástrico parece una técnica segura en el tratamiento no quirúrgico del sobrepeso y la obesidad, pero no exenta de complicaciones potencialmente graves.

No debemos olvidar la necesidad de un abordaje global y multidisciplinar, con adquisición de nuevos hábitos de alimentación y estilo de vida como parte del tratamiento.

P-94

## Úlcera marginal tras Bypass gástrico, efectividad del tratamiento quirúrgico tras el fracaso del tratamiento médico

**Silvia Fernández Noël, Alberto Garcia Picazo, Pilar Gomez Rodriguez, Cristina Alegre, Mercedes Bernaldo De Quiros, Lucia Lavin, Blanca Otero, Elias Rodrguez Cuellar, Felipe De La Cruz Vigo, Eduardo Ferrero Herrero.**  
**Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.**

**Introducción:** El bypass gstrico en Y de Roux (BGYR) es una de las cirugías bariátricas mas realizadas. Una de las complicaciones mas importantes es la úlcera marginal (UM), definida como aquella úlcera que se origina habitualmente en la vertiente yeyunal, próxima a la anastomosis gastroyeyunal. Con una incidencia variable en la literatura, del 0,6 al 16%. Presenta una fisiopatología multifactorial. Se maneja inicialmente con tratamiento conservador, inhibidores de la bomba de protones, respondiendo habitualmente el 90%. Por lo tanto, hay un 10% que precisa tratamiento quirúrgico. El objetivo de nuestro estudio es estudiar la efectividad de la intervención quirúrgica.

**Material y métodos:** Se desarrolló un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, en donde se recogieron los pacientes intervenidos de BGYR entre enero 2011 y febrero de 2023 que presentaron como complicación UM en nuestro centro. En todos los casos se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento, así como la evolución postoperatoria. Las variables se analizaron con el programa informático SPSS Statistics (IBM).

**Resultados:** Obtuvimos una muestra de 765 pacientes, el 3,2% (25) presentaron como complicación la UM; un 68% de mujeres y 32% varones. La media de tiempo de aparición de la UM fue de 22 meses desde la cirugía bariátrica primaria. Todos los pacientes recibieron tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, asociado o no a sucralfato, una media de 14 meses, de los cuales fue efectivo en el 52%, en el 48% restante no fue efectivo y se les sometió a una cirugía de revisión. Llevándose a cabo en el 100% resección del reservorio gástrico y realización de una nueva anastomosis gastroyeyunal. El 88% se realizo laparoscópica, tan solo un paciente tuvo que convertirse por las adherencias firmes. El tiempo medio de cirugía fue de 230 minutos; de media estuvieron ingresados 5,7 días. No hubo ninguna reintervención, y hasta el momento no ha presentado ninguno recidiva de la UM a dos años de seguimiento.

**Conclusión:** En los pacientes donde el tratamiento conservador no ha resultado efectivo, la cirugía de revisión es una alternativa óptima y eficaz. En nuestro centro se opta por una resección del reservorio, incluyendo la anastomosis donde se localiza la mayoría de las UM y una nueva anastomosis gastro-yeyunal. Con esta técnica quirúrgica hemos tenido una efectividad del 100%.

P-95

## Cirugía bariátrica de revisión en el hospital x desde 2018 hasta la actualidad

**María José Palacios Fanlo, Miguel Gasós García, Javier Lagos Lizan, Daniel Otero Romero, Rubén Carramiñana Nuñez, Laura Medina Mora, Noelia Lete Aguirre, María Del Mar Soriano Liébana.**

**Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.**

La obesidad sigue siendo un problema de salud pública mundial. A pesar de que se han desarrollado multitud de estrategias conservadoras para hacerle frente, la cirugía bariátrica y metabólica sigue siendo una alternativa segura y eficaz, que ha experimentado un crecimiento exponencial (1).

Han surgido muchas preguntas sobre la efectividad y seguridad de la CMB en estudios de seguimiento a largo plazo que demuestran que todos los procedimientos pueden tener una determinada tasa de fracaso. Es en estos pacientes donde se plantea realizar una cirugía bariátrica de revisión (CBR) (1). La CBR es un campo complejo en la cirugía bariátrica incluso en manos expertas y la evaluación del segundo procedimiento del que se beneficiará el paciente en muchas ocasiones es difícil de determinar(2).

**Objetivos:** Revisar de manera retrospectiva los procedimientos de cirugía bariátrica de revisión realizados desde 2018 hasta la actualidad, y describir de una manera objetiva los procedimientos realizados.

**Material y métodos:** Se revisaron los partes de quirófano comprendidos entre 2018 y enero de 2023 introduciendo en el estudio toda cirugía bariátrica de revisión realizada de forma programada. Se realizó una pequeña base de datos en Excel con la información relevante y se analizaron los datos de manera descriptiva.

**Resultados:** Se realizaron 37 procedimientos de CBR entre 2018 y febrero de 2023, predominando el sexo femenino (Mujeres: 28/37; varones: 9/37). La media de edad fue de 55,6 años con una desviación típica de 10. La cirugía bariátrica inicial que más frecuentemente tuvo que revisarse fue la gastrectomía vertical (22/37; 59,45 %), seguida de la banda gástrica (5/37;13,51%) y el bypass biliopancreático (5/37;13,51%). Otras cirugías que también se revisaron fueron la técnica de Mason (2/37; 5,4%), el bypass gastroileal (2/37; 5,4%), y el bypass gástrico (1/37; 2,7%). La técnica de cirugía bariátrica de revisión que predominó en esta serie fue el bypass gástrico (27/37; 72,97%), seguido del X-kissing (5/37; 13,51%) y la retirada de banda gástrica (3/37; 8,1%). También se realizaron una reconfección de la anastomosis gastroyeyunal por estenosis de la misma y una reversión a la anatomía inicial por desnutrición. La mayoría de las cirugías se realizaron mediante laparoscopia (33/37; 98,19%). Las dos indicaciones predominantes fueron la intolerancia digestiva con vómitos (19/37; 51,35%) y el reflujo gastroesofágico (23/37; 62,16%). Otras indicaciones menos frecuentes fueron la reganancia ponderal, el mal funcionamiento de la banda, la desnutrición proteico-calórica y el dolor abdominal tipo cólico postprandial. La complicación más frecuente tras la cirugía fue la perforación intestinal (3/37); seguida de la hernia interna (2/37) y la úlcera marginal de la anastomosis (2/37). También se produjo una eventración en uno de los pacientes. EL tiempo de seguimiento medio tras la cirugía de revisión fue de 29,7 meses (SD 18,22).

**Conclusiones:** El crecimiento de la cirugía bariátrica durante las últimas décadas conlleva que algunos pacientes tengan que someterse a cirugía bariátrica de revisión por algún problema derivado de la cirugía bariátrica primaria. Se necesitan estudios de seguimiento a largo plazo para poder dar recomendaciones e indicaciones acerca de la cirugía bariátrica de revisión.

P-96

## Deslizamiento de banda gástrica ajustable. A propósito de un caso clínico y revisión de la literatura

**Deiane Pereda Bajo, Irene Bolinaga Del Pecho, Oihan Loidi Lázaro-Carrasco, Ibone Bustillo Zabalbeitia, José Ignacio Lago Fernández, Eloy Gutiérrez Cantero, María Fernández Rodríguez, Sonia López Garrido, Rubén Gonzalo González, José Manuel Gutiérrez Cabezas.**

**Hospital de Sierrallana, Torrelavega, España.**

**INTRODUCCIÓN Y Objetivo:** La banda gástrica ajustable (BGA) es un procedimiento bariátrico restrictivo ampliamente utilizado en Europa desde la década de los 90. Ha demostrado ser un procedimiento bariátrico aceptable por su seguridad, facilidad técnica y reversibilidad. Sin embargo, se han reportado altas tasas de complicaciones tardías, que pueden llegar al 12%.

Presentamos el caso de una obstrucción intestinal aguda secundaria a deslizamiento de BGA.

**Caso clínico:** Mujer de 49 años sin antecedentes de interés salvo que es portadora de BGA desde hace 13 años. Acude a urgencias por dolor abdominal e intolerancia oral tanto para sólidos como para líquidos de dos días de evolución. La exploración abdominal es anodina y la analítica con leucocitosis de 11000 sin desviación izquierda y una PCR de 0,8 mg/dl.

Inicialmente se vacía la BGA en urgencias. Ante la ausencia de mejoría clínica tras 24 horas se realiza un TC abdominal que objetiva un desplazamiento caudal de la BGA que condiciona una obstrucción gástrica, por lo que se decide realizar cirugía urgente.

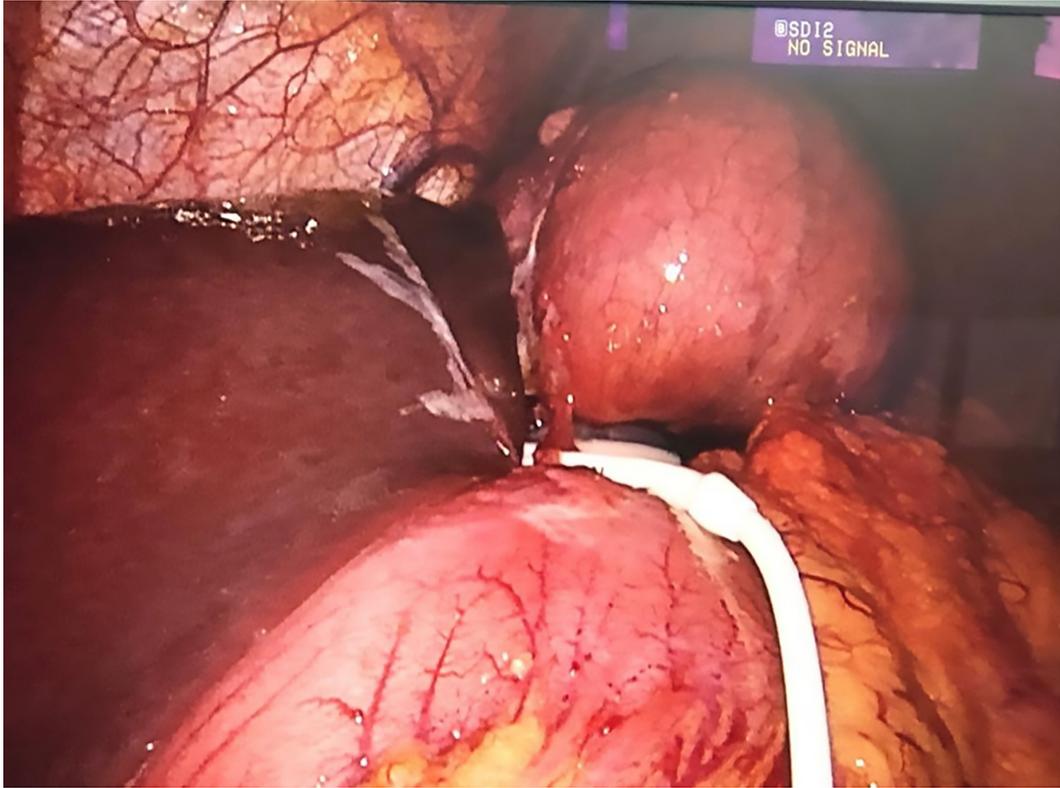
Se realiza una LPS exploradora y se ve la BGA deslizada con el fundus gástrico herniado y dilatado y con un anillo en el cuerpo gástrico violáceo y con signos de sufrimiento, pero sin perforación (imagen 1). Se corta y retira la banda, finalizando el procedimiento sin incidencias. Al día siguiente de la cirugía la paciente se va de alta sin dolor y tolerando bien dieta oral.

**Resultados:** La BGA fue considerada una técnica bariátrica segura y poco invasiva. En 2008, representaba más del 40% de las indicaciones de cirugía bariátrica a nivel mundial. Los resultados iniciales fueron prometedores, con un %EIMCPE entre 45-60% a los 3 años. Sin embargo, a largo plazo hay un fracaso en la pérdida de peso de hasta en un 51% de los pacientes según algunos estudios.

También se asoció a altas tasas de complicaciones que requerían la retirada de la banda o una cirugía revisional, como deslizamiento, erosión, mal funcionamiento del dispositivo u obstrucción. De hecho, actualmente, la BGA es el procedimiento que más comúnmente requiere revisión, con un porcentaje que alcanza el 41%.

La incidencia del deslizamiento de la BGA oscila entre el 4 y el 15%. Debe sospecharse ante un paciente con BGA que comienza con disfagia o RGE de aparición súbita. El diagnóstico inicial incluye la realización de una radiografía, la cual mostrará la banda deslizada y orientada horizontalmente. La confirmación se realiza con un TC o con un esofagograma. El tratamiento inicial incluye vaciar la BGA para aliviar temporalmente los síntomas. En raras ocasiones puede producirse isquemia gástrica y necrosis, por lo que el tratamiento quirúrgico es necesario. Este consiste en la extirpación de la BGA y conversión o no a otro procedimiento bariátrico.

**Conclusiones:** Aunque actualmente la realización de este procedimiento es poco frecuente, muchos pacientes pueden seguir teniendo BGA. Por lo tanto, es importante que los cirujanos conozcan bien las posibles complicaciones derivadas de esta técnica para un diagnóstico y tratamiento rápido y adecuado.



P-97

## Mejora de la esteatohepatitis y de la fibrosis hepática en pacientes obesos mórbidos diabéticos y no diabéticos. Estudio comparativo un año tras la intervención

Luis Ocaña Wilhelmi, Rocío Soler Humanes, Ana Sánchez García, Cristina Tentor Navarro, Isabel Arranz, Miren García Cortés, José Pinazo, José Luis Fernández Serrano, Dieter Morales, Lourdes Garrido Sánchez.  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

**Introducción:** La esteatohepatitis no alcohólica (NASH) está presente en un alto porcentaje de pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica. Una proporción significativa de pacientes aún presenta NASH incluso después de una pérdida de peso considerable y mejoras metabólicas. En un estudio previo realizado por nuestro grupo, a los seis meses de la cirugía hubo una mayor recuperación hepática medida por Fibroscan en el grupo de pacientes no diabéticos, lo que nos ponía sobre aviso de la menor capacidad de reparación del hígado en el paciente diabético, concluyendo que esta era otro motivo para priorizar la cirugía bariátrica en los obesos mórbidos diabéticos.

**Objetivos:** Realizar un fibroscan antes y un año después de la cirugía, en pacientes con obesidad mórbida con diferentes grados de NASH y fibrosis hepática según biopsia hepática y comparar la mejoría en diabéticos y no diabéticos.

**Material y métodos:** Los pacientes intervenidos quirúrgicamente eran obesos mórbidos, 20 de ellos diabéticos y 23 no diabéticos. Para ver el estado de esteatohepatitis o fibrosis se realizó una biopsia hepática durante la intervención quirúrgica. A los pacientes se les realizó un Fibroscan, clasificándolos en grados y medidos en kilopascales, antes de la cirugía y un año después de la misma. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 22.0, comparando pacientes diabéticos con no diabéticos.

**Resultados:** El IMC previo (49) y el peso medio en Kgr (135), así como los resultados obtenidos en las biopsias hepáticas, fueron similares en las dos cohortes estudiadas, diabéticos y no diabéticos. Asimismo, el IMC (33) y el peso medio (91) fueron similares al año de la cirugía en ambos grupos. El Fibroscan fue igualmente similar en ambos grupos, previo a la intervención quirúrgica, reflejando una mejoría significativa, sobre todo en los no diabéticos, pero también en los diabéticos, después de la cirugía.

**Conclusiones:** La cirugía bariátrica ha demostrado superioridad en la mejora de las comorbilidades. La esteatohepatitis no alcohólica ya se está convirtiendo en la principal causa de trasplante de hígado en los Estados Unidos. Pruebas como el Fibroscan o la Biopsia Hepática sistemática nos ayudan a valorar mejor esta enfermedad y conocer su evolución tras la Cirugía Bariátrica. Según nuestro estudio anterior, la mejoría hepática es más pronunciada en pacientes no diabéticos seis meses después de la cirugía, pero la mejoría es igual en ambos grupos después de un año. Este aspecto nos anima, aún más si cabe, a operar a pacientes diabéticos, ya que pasado un año comenzaremos a ver resultados satisfactorios. Por tanto, tenemos que seguir operando a los pacientes con NASH, diabéticos y no diabéticos, a medida que vaya mejorando su histología.

V-01

## Pie de asa completamente mecánica en el bypass gástrico laparoscópico

Rosa González Martín Martín<sup>1</sup>, Lucía González González<sup>2</sup>, Bengy Pascotto<sup>2</sup>, Ayse Bozok<sup>2</sup>, Mercedes Bernaldo De Quirós<sup>1</sup>, Silvia Fernández Noel<sup>1</sup>, Ana Pérez Zapata<sup>1</sup>, Elías Rodríguez Cuéllar<sup>1</sup>, Santiago Azagra<sup>2</sup>, Martina Goergen<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España; <sup>2</sup>Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxemburgo, Luxemburgo.

El bypass gástrico laparoscópico, junto con la gastrectomía vertical son los dos procedimientos de cirugía bariátrica más realizada en todo el mundo. En nuestro centro, el bypass gástrico lo realiza el equipo de cirugía de la obesidad entre 5-8 veces por semana. La técnica del bypass gástrico es una técnica estandarizada, segura y con un índice muy bajo de morbimortalidad, aun así, siempre existe un margen de mejoría sobre el que podemos actuar.

Presentamos el vídeo de la técnica quirúrgica que se utiliza normalmente en nuestro centro para realizar la anastomosis del pie de asa en el bypass gástrico laparoscópico. Como novedad realizamos una anastomosis completamente mecánica, en la que el cierre de la enterotomía se realiza mediante una nueva línea de grapado. De esta forma, evitamos un exceso de manipulación de las asas de intestino, aportando además mayor velocidad a la técnica.

La colocación de los trócares actual nos permite trabajar desde el lado derecho del paciente con la ayuda de un asistente que, también desde el lado derecho lleva la óptica y la pinza que nos permite realizar esta anastomosis.

Una vez realizado el contaje del asa biliopancreática y elegido el punto donde vamos a realizar la sección, con la pinza del asistente se tracciona suavemente del asa de intestino delgado que dará lugar al asa común. El cirujano principal utiliza dos pinzas para colocar el cabo del asa biliopancreática en paralelo al asa del que tracciona el asistente. Una vez colocado, se realiza una enterotomía con electrocoagulación que nos permite pasar las dos palas de la endograpadora y realizar así la anastomosis laterolateral.

Una vez realizada la enterotomía restante se cierra con una segunda carga de grapado, para ello, el asistente tracciona suavemente del extremo de la línea de grapas que queda expuesto y el cirujano principal del extremo que queda enfrente, también de la línea de grapas, colocando en paralelo ambas pinzas para efectuar el grapado permitiendo el cierre de la enterotomía tras colocar ambos extremos en paralelo en la grapadora. Extraemos el tejido sobrante en el interior de las palas de la endograpadora.

Una vez superada la curva de aprendizaje el tiempo medio de realización de la anastomosis oscila entre 3-6 minutos. Los resultados a corto y medio plazo no varían respecto a los años previos, sin encontrar estenosis a ese nivel en ninguno de los pacientes operados mediante esta técnica.

**Conclusión:** A pesar de que la cirugía del bypass gástrico es una cirugía ampliamente realizada, segura y estandarizada, existe un margen de mejora de la técnica por el que debemos trabajar. En nuestro caso, facilitando la confección de una de las anastomosis disminuimos el tiempo quirúrgico sin aumentar la tasa de complicaciones.

V-02

## Bypass gástrico robótico. Paso a paso

Rosa González Martín<sup>1</sup>, Lucía González González<sup>2</sup>, Bengy Pascotto<sup>2</sup>, Alessia Fassari<sup>2</sup>, Alberto García Picazo<sup>1</sup>, Victoria Carmona Gómez<sup>1</sup>, Mercedes Bernaldo De Quirós<sup>1</sup>, Silvia Fernández Noel<sup>1</sup>, Martina Goergen<sup>2</sup>, Santiago Azagra<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España; <sup>2</sup>Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxemburgo, Luxemburgo.

**Objetivo:** En los tiempos que corren la cirugía robótica supone el presente, que no el futuro de muchos hospitales de cirugía mínimamente invasiva, ante esta nueva situación, es nuestro cometido adaptarnos a estas nuevas tecnologías en busca de la mejoría de los resultados para nuestros pacientes.

El bypass gástrico es una de las cirugías bariátricas más efectuadas actualmente en el mundo, mediante vía laparoscópica. En nuestro centro, hemos adaptado la técnica a la disponibilidad del Robot Da Vinci IX.

**Material y métodos:** En este vídeo se explica paso a paso la técnica quirúrgica del bypass gástrico en Y de Roux antecólico vía robótica, desde la colocación del paciente, el docking el detalle de gestos técnicos e instrumental y facilitando así la comprensión y la puesta en práctica de este tipo de cirugías.

**Resultado:** Gracias a la estandarización y sistematización de la técnica quirúrgica, así como la creación y el montaje de los vídeos como este, hemos conseguido que su aprendizaje sea mucho más rápido, permitiendo la asistencia desde los primeros días por parte de residentes, facilitando también la curva de aprendizaje.

**Conclusión:** La cirugía robótica aporta ventajas en la sencillez de la técnica quirúrgica y el confort del personal que realiza la intervención, esto se traduce en la mejoría de los resultados para el paciente.

V-03

## Tratamiento de las complicaciones intraoperatorias durante un *bypass* gástrico en y-de-roux asistido por robot

**Anna Curell, Romina Pena, Ainitze Ibarzabal, Paula Domínguez-Garijo, Christian Robles, Dulce Momblán, Antonio M. Lacy.**  
**Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.**

**Objetivos:** El uso de plataformas robóticas ofrece múltiples ventajas técnicas en la cirugía de la obesidad de elevada complejidad: mayor precisión de movimientos y ausencia de temblor, uso de instrumentos articulados, mayor rango de movimiento, control directo de la óptica junto con visión 3D y ventajas ergonómicas. Sin embargo, este abordaje no está exento de complicaciones. La ausencia de sensibilidad háptica y la necesidad de superar la curva de aprendizaje son dos desventajas potenciales que podrían dar lugar a complicaciones importantes en estos pacientes si no se diagnostican y tratan precozmente. Este vídeo pretende ilustrar el manejo de diferentes complicaciones intraoperatorias ocurridas durante un *bypass* gástrico en Y-de-Roux (BPG) asistido por robot.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de un varón de 61 años, alérgico a la penicilina y con antecedente de colecistectomía laparoscópica, que consultó para someterse a cirugía de la obesidad. Su IMC era de 45 Kg/m<sup>2</sup> y estaba en tratamiento por hipertensión arterial, dislipemia y apnea del sueño.

**Resultados:** El paciente fue sometido a un BPG laparoscópico asistido por robot (Da Vinci Xi®, Intuitive Surgical). Tanto la anastomosis gastroyeyunal (GY) como la yeyunoyeyunal (YY) se realizaron con una endograpadora mecánica lineal de 45 mm, cerrando las enterotomías con una sutura continua de polidioxanona. El test de azul de metileno al final de la intervención reveló una fuga en la cara posterior de la anastomosis GY, que se decidió rehacer mediante una anastomosis totalmente manual, asistida por la plataforma Da Vinci. Sin embargo, un segundo test de azul de metileno mostró una persistencia de la fuga anastomótica. Ante la sospecha de una tracción excesiva del mesenterio en la anastomosis, se decidió pasar a un abordaje laparoscópico convencional para revisar el BPG en su totalidad, objetivándose un ascenso incorrecto del asa biliar, concluyendo así que el *bypass* había sido construido al revés. Se decidió rehacer el *bypass* completo. En este caso, se realizó una anastomosis GY mecánica circular con endograpadora transoral y una anastomosis YY lineal mecánica con una endograpadora mecánica lineal de 45 mm. En el postoperatorio el paciente se diagnosticó de una pequeña colección residual, que se trató con antibioterapia, con buena evolución posterior.

**Conclusiones:** Aunque la cirugía de la obesidad asistida por robot presenta ventajas innegables, y la bibliografía previa muestra que la curva de aprendizaje podría ser más corta que en la laparoscopia, es imprescindible una amplia experiencia quirúrgica previa para disponer de las herramientas necesarias para resolver los posibles problemas intraoperatorios que puedan surgir durante estas intervenciones en pacientes de elevada complejidad.

V-04

## Hernia interna y torsión de anastomosis tras bypass gástrico laparoscópico. La importancia de la cirugía de revisión

**Rocio Nieto Martos, Pablo Priego Jiménez, Jordi Núñez Núñez, Ana Del Carmen Ortega Ferrete, Ángela Santana Valenciano, Marta Cuadrado Ayuso, Luis Blázquez Hernando, Diego Oto González, Aldo Andrade Yagual, Julio Galindo Álvarez. Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.**

**Introducción:** Mujer de 30 años con antecedente de bypass gástrico laparoscópico que acude a nuestro centro solicitando segunda opinión por dolor abdominal crónico postquirúrgico. Intervenida por primera vez en 2013, precisa reintervención para reducción del reservorio gástrico en 2016. Presenta desde 2013 dolor abdominal crónico tipo cólico por lo que en el centro de origen se decide realización de colecistectomía laparoscópica en 2019 por persistencia de síntomas.

En el momento en el que acude a nuestra consulta refiere dolor postprandial en hipocondrio izquierdo no asociado a náuseas ni vómitos. Se realiza panendoscopia sin hallazgos patológicos. En el TAC abdominopélvico describen la presencia de un agrupamiento de asas de yeyuno en hipocondrio izquierdo compatible con hernia interna, sin datos de complicación aguda, por lo que se decide cirugía laparoscópica de revisión.

Se explora la cavidad abdominal observando herniación de paquete intestinal en hemiabdomen izquierdo a través de defecto mesentérico. Se reduce contenido herniario y se objetiva torsión de la anastomosis a nivel del pie de asa. Se procede al contaje del asa alimentaria que mide 120 cm y el asa biliopancreática de 150 cm.

Al revisar la anastomosis gastroyeyunal para descartar fístula gastrogástrica se objetiva una torsión completa de ésta en su eje longitudinal. Se procede en ese momento a la resección de la anastomosis gastroyeyunal y del candy cane y se confecciona una nueva anastomosis laterolateral mecánica con Echelon de 60mm y cierre del defecto con sutura manual continua con Stratafix. Se realiza asimismo una nueva anastomosis yeyunoyeyunal laterolateral mecánica con la misma técnica.

Se lleva a cabo el cierre del defecto mesentérico con puntos sueltos. Por último, se instila azul de metileno a través de una sonda orogástrica para comprobar la estanqueidad de las nuevas anastomosis.

La paciente fue dada de alta el segundo día postoperatorio con adecuada tolerancia oral, sin complicaciones postoperatorias.

**Discusión:** El dolor abdominal es uno de los principales motivos de consulta tras la realización de un bypass gástrico, suponiendo hasta el 50% de las visitas a urgencias en algunas series. El diagnóstico diferencial del dolor abdominal en los pacientes sometidos a bypass incluye un gran número de entidades que deben ser evaluadas mediante la historia clínica, la exploración física minuciosa y la realización de pruebas de imagen diagnósticas en aquellos casos en los que esté indicado. Entre las causas más frecuentes se incluyen la coledocistitis, las hernias internas, la fístula gastrogástrica, la ERGE, las eventraciones, la estenosis de anastomosis gastroyeyunal o yeyunoyeyunal y el Dumping. Es de gran importancia recordar que, en ausencia de un diagnóstico claro y la persistencia de los síntomas está indicada la realización de una exploración quirúrgica laparoscópica. Además, en caso de proceder a la intervención debe llevarse a cabo una exploración minuciosa de la cavidad, revisando siempre ambas anastomosis y la presencia de hernias internas y asegurándose de que la longitud del asa alimentaria y el asa biliopancreática son las adecuadas. Una buena técnica quirúrgica tiene como objetivo solucionar la sintomatología del paciente y evitar nuevas reintervenciones.

V-05

## Cirugía de revisión bariátrica: resección de fístula gastrogástrica tardía tras bypass gástrico

Francisco Miguel González Valverde<sup>1</sup>, Belen Agea Jimenez<sup>1</sup>, Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz<sup>1</sup>, Marien Tamayo Rodriguez<sup>1</sup>, María Valero Soriano<sup>1</sup>, Isabel Gimenez Moreno<sup>1</sup>, Cristina García Zamora<sup>2</sup>, José María Rodríguez Lucas<sup>1</sup>, Juan Carlos Navarro Duarte<sup>3</sup>, Victor Soriano Gimenez<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España; <sup>2</sup>Hospital Dr. Rafael Méndez, Lorca, España; <sup>3</sup>Hospital Dr. Rafael Méndez, Murcia, España.

**Objetivo:** La fístula gastrogástrica (FGG) tardía es una complicación del bypass gástrico (BGL) que se presenta con poca frecuencia. Consiste en una comunicación anormal entre el reservorio y el remanente gástrico que puede producir síntomas muy invalidantes.

**Caso clínico:** Mujer de 34 años fumadora de 10-20 cigarrillos desde los 17 años. Gastroscopia preoperatoria: Gastritis crónica con biopsia H. Pylori (+), que fue erradicado. Fue intervenida con 22 años para BGL antecólico (2011) con índice de masa corporal de 48,5kg/m<sup>2</sup> (130kg), con adecuados resultados ponderales hasta los 59Kg (peso mínimo, IMC:22). Tránsito gastroduodenal posoperatorio dentro de la normalidad.

En 2017 consultó por dolor abdominal tipo cólico recurrente y sensación de reflujo gastroesofágico (RGE). Una gastroscopia diagnosticó una FGG de 3-4mm. En ese momento tenía un peso de 64kg (IMC:23,8kg/m<sup>2</sup>) y estaba embarazada de 4 meses, por lo que se decidió un tratamiento conservador y prohibición absoluta de tabaco, dado que los síntomas eran leves. La paciente mejoró tras el parto y no acudió a consulta hasta 2022. En ese momento la paciente deseaba quedarse nuevamente embarazada y temía un empeoramiento de su FGG. Se realizó gastroscopia, que identificó una comunicación gastro-gástrica de 1,5 cm que permitía el paso del endoscopio al remanente gástrico y estenosis de la anastomosis gastroyeyunal. Biopsias negativas para H. Pylori. Se realizó tránsito con contraste, que mostraba paso franco entre los dos segmentos del estómago junto con RGE. La TAC observaba paso de contraste al remanente gástrico y no podía descartar, además, una hernia interna, aunque no la visualizaba claramente. No había ganado peso pero persistía el dolor epigástrico, los vómitos y la sensación de RGE. La paciente seguía fumando.

Por abordaje laparoscópico se encontró la FGG, que fue disecada y reseada junto con un segmento del remanente y otro del reservorio. Se desmontó la gastroyeyunostomía estenosada y se rehízo, comprobando su estanqueidad. En el 2º día po se realizó un tránsito con contraste, que mostraba la persistencia de la fístula, debido a la separación incompleta del reservorio y el remanente. Ese mismo día la paciente fue reintervenida para la sección de la comunicación en el fundus. En el tránsito realizado 48 h después, el problema se veía resuelto sin fístulas persistentes ni RGE. Actualmente, todos los síntomas han desaparecido, la paciente ha abandonado su hábito tabáquico y hace una vida normal.

**Discusión:** La FGG es una complicación rara y potencialmente grave que suele presentarse en el postoperatorio tardío de cualquier tipo de bypass que deje un remanente gástrico. Es más frecuente en fumadores y personas que han presentado complicaciones como úlceras o fugas en el postoperatorio inmediato. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la realización de una endoscopia o tránsito gastroduodenal. Aquellos con tractos de menor diámetro pueden resolverse con terapia con inhibidores de la bomba de protones o terapia endoscópica. Sin embargo, el mejor tratamiento para el GGF es quirúrgico y consiste en la resección del trayecto fistuloso y la creación de una nueva anastomosis gastroyeyunal.

V-06

## Metaplasia intestinal y su rol en la elección en la técnica quirúrgica, rygb con resección del remanente

Leonidas Alejandro Landero Ascencio<sup>1</sup>, Sara Fernandez Planas<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitari de Vic, Vic-Barcelona, España; <sup>2</sup>Hospital Universitari de Vic, Vic, España.

**Introducción:** La metaplasia intestinal es una lesión precancerosa derivada del reemplazo del epitelio glandular por epitelio intestinal, con una importante relación con la infección de *H. pylori*. Las guías europeas recomiendan una endoscopia de control cada tres años en la población con diagnóstico de metaplasia intestinal y/o gastritis atrófica, no siendo esta posible en pacientes con antecedente de bypass gástrico.

Es por este motivo que algunos estudios recomiendan realizar una fibrogastroscoopia rutinaria con detección de *Helicobacter pylori* a todos los pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía bariátrica. Esta prueba se incluye en el protocolo de nuestro centro.

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de metaplasia intestinal en el estudio preoperatorio de cirugía bariátrica.

**Caso clínico:** Mujer de 45 años con obesidad mórbida grado III (IMC 43.3Kg/m<sup>2</sup>), antecedentes de apnea del sueño, asma, esteatosis hepática, lumbalgia, fibromialgia, colecistectomía y dos cesáreas. En el estudio preoperatorio de cirugía bariátrica se realiza una fibrogastroscoopia rutinaria en la cual se observa cuerpo y antro gástrico con mucosa eritematosa sugestiva de gastritis no erosiva. Se toman biopsias informando gastritis crónica focal leve y metaplasia intestinal tipo II sin displasia, *H. pylori* negativo.

En el comité multidisciplinar de cirugía bariátrica se decide realizar un bypass gástrico vía laparoscópica con resección del remanente gástrico. Técnica quirúrgica que se puede observar en nuestro video adjunto.

La evolución clínica en el postoperatorio fue correcta y sin incidencias, pudiendo ser alta a domicilio al tercer día. El resultado de anatomía patológica corrobora los hallazgos endoscópicos sin otras lesiones.

**Conclusiones:** La resección del remanente gástrico podría ser una opción quirúrgica ante pacientes candidatos a bypass gástrico diagnosticados de metaplasia intestinal.

La resección del remanente gástrico es un acto quirúrgico añadido al bypass, seguro en unidades especializadas en cirugía bariátrica y evita la necesidad de seguimiento posterior de la metaplasia. La metaplasia preoperatoria dentro de un protocolo estandarizado permite identificar posibles hallazgos que planteen cambios en el manejo quirúrgico, que deben ser evaluadas y discutidas en comité multidisciplinar.

V-07

## Conversión de sleeve a bypass gástrico por reflujo gastroesofágico

Marta Barros<sup>1</sup>, Ramón Vilallonga<sup>1</sup>, Amador García Ruiz De Gordejuela<sup>2</sup>, Óscar González<sup>1</sup>, Ana María Ciscar<sup>1</sup>, Clara Pañella<sup>1</sup>, Marta Comas<sup>1</sup>, Vanessa Flores<sup>1</sup>, Manel Armengol<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España; <sup>2</sup>Hospital Donostia, San Sebastián, España.

**Introducción:** La gastrectomía vertical, desde su presentación por Michel Gagnèr en 2002, es una de las técnicas de cirugía bariátrica más realizadas. Su sencillez técnica y eficacia la llevaron a ser la elección en más del 40% de los pacientes a nivel mundial en 2015.

Sin embargo, uno de sus riesgos es la aparición o empeoramiento del reflujo gastroesofágico, con posibilidad de desarrollar esófago de Barrett. La disminución del volumen gástrico conduce a una hiperpresión en el esfínter esofágico inferior que puede llevar a esta complicación.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 60 años con antecedentes de síndrome de ansiedad, VHC, cesárea y ligadura de trompas, con un IMC de 43,12 kg/m<sup>2</sup>, intervenida de manga gástrica en 2011. En controles posteriores presentó dolor abdominal, vómitos postprandiales, pirosis y regurgitación. Las pruebas complementarias realizadas no mostraron reflujo significativo. Sin embargo, ante la persistencia de los síntomas se decidió intervención quirúrgica, realizándose conversión de sleeve a bypass gástrico.

**Discusión:** El sleeve gástrico es una de las técnicas quirúrgicas de cirugía bariátrica más realizadas en nuestro medio. Sin embargo, el reflujo gastroesofágico debe tenerse en cuenta en el seguimiento como una complicación frecuente.

El objetivo de este vídeo es mostrar los aspectos técnicos relacionados con la conversión de sleeve a bypass gástrico, que siguen una estrategia clara: mejorar el reflujo, corregir defectos anatómicos de reservorio e hiato, y reincorporar en mayor o en menor medida el componente malabsortivo.

Tanto el área pancreática, como la zona esplénica y la zona del bazo suponen un reto técnico. También se debe considerar la necesidad de asociar una hiatoplastia a la técnica. Otro tema a considerar es la necesidad de realizar un cambio de tamaño de la bolsa.

**Conclusión:** La conversión de Sleeve a Bypass gástrico se trata de una cirugía compleja con varios puntos críticos, que debe ser realizada por cirujanos expertos.

V-08

## Bypass gástrico robótico. Confección del pie de asa

Rosa González Martín<sup>1</sup>, Bengy Pascotto<sup>2</sup>, Lucía González González<sup>3</sup>, Ismael Maoujoud.<sup>2</sup>, Alberto García Picazo<sup>1</sup>, Victoria Carmona Gómez<sup>1</sup>, Clara Fernández Fernández<sup>1</sup>, Pilar Gómez Rodríguez<sup>1</sup>, Martina Goergen<sup>2</sup>, Santiago Azagra<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España; <sup>2</sup>Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxemburgo, Luxemburgo; <sup>3</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Luxemburgo, Luxemburgo.

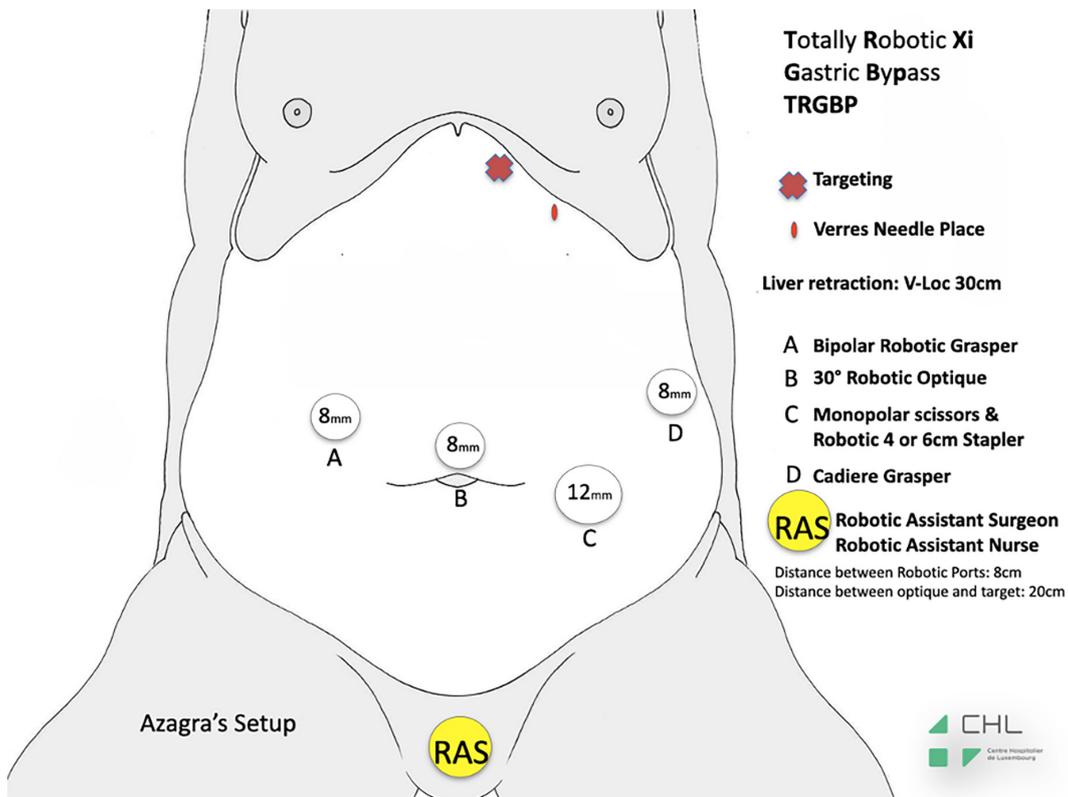
**Objetivo:** El bypass gástrico es una de las cirugías bariátricas que más se efectúa en todo el mundo por vía laparoscópica, actualmente la cirugía robótica está poco a poco tomando cada vez más importancia, lo que nos obliga a adaptar las técnicas laparoscópicas cuando tenemos la disponibilidad del robot.

**Material y método:** Cuando comenzamos a realizar las técnicas de cirugía bariátrica por robot, nos encontramos con algunos hándicaps ante los que nos vemos obligados a realizar pequeñas modificaciones. Debemos tener en cuenta que el campo en la cirugía robótica debe ser fijo para evitar realizar un doble docking, pero también que ocasionalmente, las maniobras que resultan cómodas y sencillas por laparoscopia, no lo son en cirugía robótica. En este caso, nos encontramos que cuando realizábamos el pie de asa por vía robótica, introduciendo la endograpadora por el trócar del brazo 4 (Imagen 1), la dificultad aumentaba considerablemente en detrimento de la ergonomía a la hora de realizar la anastomosis del pie de asa. Por esta razón, hemos determinado una pequeña modificación que constituye una mejora al respecto.

**Restutados:** En este caso describimos una pequeña modificación en la confección del pie de asa. Inicialmente nos suponía un problema el manejo de la endograpadora al introducirla por el trócar del brazo 4 a pesar de la movilidad de las asas intestinales, dificultando la confección de la anastomosis, por lo que actualmente hemos cambiado la técnica.

Con la colocación de trócares siguiente, nos permite introducir la endograpadora por el trócar del brazo 2 (IMAGEN) lo que se traduce en una disposición de las asas de intestino mucho más ergonómica, que conlleva menor manipulación de las mismas y mayor sencillez al realizar la anastomosis.

**Conclusión:** La cirugía debe evolucionar con el objetivo de mejorar los resultados para el paciente, en nuestro caso, efectuando los gestos de la forma más sencilla posible, nos permite evitar errores y dificultades técnicas que podrían traducirse en complicaciones quirúrgicas, acortando además la curva de aprendizaje y mejorando, en definitiva, los resultados.



V-09

---

## Aspectos técnicos de la disección duodenal en el sadi

**Miryam Malo Barriopedro, Maria Concepción Yarnoz Irazabal, Ines Eguaras Cordoba, Jose Luis Ramirez Cervera, Alberto Piñera Diaz, Carlos Chavelí Díaz, Maria Del Coro Miranda Murua.**

**Hospital de Navarra, Pamplona, España.**

El objetivo del video es ilustrar las referencias anatómicas de la disección duodenal con preservación de la arteria pilorica de la técnica SADI (single anastomosis duodeno-ileal bypass with sleeve gastrectomy) por vía laparoscópica. Con la finalidad de estandarizar de forma segura los pasos críticos del procedimiento en nuestro centro.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de dos pacientes. El primero, es una mujer de 39 años con IMC de 45 y con antecedentes de dislipemia; y un segundo paciente es un varón de 35 años con IMC de 65 e historia de hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia, SAHS en tratamiento con CPAP y esteatosis hepática. Presentados ambos casos en nuestro comité de bariátrica se decide tratamiento quirúrgico, con buena adhesión al programa de prehabilitación de preoperatoria. A la primera paciente se realiza SADI en un tiempo, y al segundo en dos tiempos.

**Resultados:** En el vídeo se representa la parte técnica de la disección duodenal de ambas intervenciones con preservación de la arteria gástrica derecha.

**Conclusión:** la estandarización de la disección duodenal con preservación de la arteria pilórica en el SADI en una unidad de cirugía bariátrica tiene como objetivo evitar el traumatismo excesivo duodenal para no comprometer la anastomosis duodeno-ileal.

V-10

## Regastrectomía vertical y conversión a cruce duodenal laparoscópico. A propósito de un caso clínico

Ruth López Gonzalez<sup>1</sup>, Sergi Sánchez Cordero<sup>1</sup>, Andrea De Miguel Pérez<sup>1</sup>, Juan Carlos Castaño Ortega<sup>2</sup>, Julia Lugon Castellanos<sup>1</sup>, Jordi Pujol Gebellí<sup>1</sup>, Jordi Castellví Valls<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>ConSORCI Sanitari Integral, Sant Joan Despí, España; <sup>2</sup>ConSORCI Sanitari Integral, Sant Joan Despí, España.

**Introducción:** La cirugía de conversión bariátrica se plantea como uno de los tratamientos más efectivos para combatir aquellos casos con pérdida insuficiente de peso, reganancia del mismo o aparición de complicaciones, en los cuales realizamos una segunda técnica quirúrgica bariátrica para conseguir los objetivos iniciales.

Tras el fracaso de gastrectomía vertical (GV) y en ausencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se debe plantear una técnica hipoabsortiva tal y como el cruce duodenal (CD). Aunque no existe aún mucha evidencia científica al respecto, en aquellos casos en los que se observa dilatación de fundus gástrico se puede asociar regastrectomía para así asociar componente restrictivo a la cirugía.

**Objetivo:** Presentar caso clínico de cirugía de conversión bariátrica con regastrectomía y cruce duodenal laparoscópico.

**Material y métodos:** Paciente de 36 años, fumadora de 15 cig/día y con antecedentes de hipertensión arterial. Intervenido en 2017 en otro centro realizándose GV con un IMC prequirúrgico de 56 kg/m<sup>2</sup> y un IMC nadir a los 12 meses postquirúrgicos de 40'2 kg/m<sup>2</sup>.

La paciente consulta por aumento de peso progresivo (IMC actual de 44'9 kg/m<sup>2</sup>) y reaparición de hipertensión arterial. Niega clínica de ERGE. Se realiza un tránsito esofago-gastro-duodenal que evidencia dilatación del remanente de fundus gástrico. Según protocolo quirúrgico de nuestro centro se propone a la paciente una segunda cirugía de conversión.

Se realiza regastrectomía vertical tutorizada con conversión a cruce duodenal laparoscópico. Se comprueba con azul de metileno la estanqueidad de las anastomosis y se realiza cierre de defectos herniarios. No se producen incidencias durante el procedimiento y se coloca 1 drenaje tipo Jackson-Pratt.

La paciente presenta como única complicación una fistula pancreática de bajo débito que se trata de forma conservadora endoscópicamente con drenaje y que acaba resolviendo en 2 semanas.

Posteriormente, la paciente es dada de alta a domicilio y realiza seguimiento en consultas externas de Cirugía Bariátrica.

**Resultados y conclusiones:** La regastrectomía vertical puede ser una opción quirúrgica a realizar en aquellos casos en los que se evidencia una dilatación de fundus gástrico y se propone una cirugía revisional bariátrica.

Por otro lado, la conversión a cruce duodenal por vía laparoscópica es una técnica segura y reproducible que debe ser considerada en aquellos casos con pérdida insuficiente de peso y con necesidad de realización de técnica hipoabsortiva.

V-11

## Tratamiento quirúrgico de la úlcera marginal tras bypass gástrico

**María Hernández O'reilly<sup>1</sup>, Esther Ferrero Celemin<sup>1</sup>, Fátima Sánchez-Cabezudo Noguera<sup>1</sup>, José María Gil López<sup>1</sup>, José Daniel Sánchez López<sup>1</sup>, Mariana García Virosta<sup>1</sup>, Carmen Rodríguez Haro<sup>1</sup>, Inmaculada Mellado Sánchez<sup>1</sup>, Antonio José Torres García<sup>2</sup>, Antonio Luis Picardo Nieto<sup>1</sup>.**

**<sup>1</sup>Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes, España; <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.**

Presentamos el caso de una mujer de 46 años con antecedentes de colecistectomía laparoscópica hace 10 años y bypass gástrico hace 3 años. La paciente niega el consumo de alcohol y tabaco. En la consulta sucesiva postbypass gástrico, la paciente refiere dolor abdominal punzante en epigastrio constante, que se acentúa con las comidas. Refiere consumo esporádico de AINES.

Se le realiza una gastroscopia donde se evidencia ulcus Forrest III en anastomosis de bypass gástrico, sin encontrar fístula gastrogástrica. Posteriormente, se realiza un tránsito esofagogástrico que muestra dilatación del reservorio gástrico con un cardias amplio que tiende a permanecer abierto. Se toman biopsias que descartan presencia *H. pilory*.

La paciente inició tratamiento con omeprazol durante 8 semanas sin éxito, tras lo cual se cambió el tratamiento a esomeprazol a dosis plenas con sulcralato, junto con prohibición de la toma de AINES. Tras nueve meses la paciente continua sintomática. Se repite una gastroscopia, sin resolución de la úlcera, por lo que se decide intervención quirúrgica de la úlcera con resección de anastomosis gastroyeyunal y downsizing del reservorio.

En el postoperatorio inmediato la paciente presenta anemia de 5 puntos de hemoglobina respecto a analítica previa, requiriendo reintervención quirúrgica urgente en la cual se evidenció sangrado autolimitado en anastomosis gastroyeyunal. Tras la reintervención la paciente evolucionó favorablemente yéndose de alta al 7º día postoperatorio.

V-12

## Importancia de la endoscopia intraoperatoria en un paciente con antecedente de pose que se le realiza un by-pass gástrico laparoscópico

**Adrian Hernandez Sanchez, Pedro Fernandez Balaguer, Alberto Lopez Farias, Cristina Marco Continente, Juan Jose Lindo Canchado, Pedro Miguel Lima Lourinho Teixeira De Abreu, Marta Moreno Ballesteros, Antonio Adolfo Nieto Soler.**

**Hospital de Mérida, Mérida, España.**

**Objetivos:** Recalcar y señalar la necesidad y utilidad de la endoscopia intraoperatoria durante procedimientos quirúrgicos en la cirugía bariátrica, en pacientes con antecedentes de procedimientos endoscópicos para el tratamiento de la obesidad.

**Material y métodos:** Se describe la cirugía de un paciente con antecedente de POSE realizado que se le realiza un By-pass gástrico laparoscópico con gastroscopia intraoperatoria, con apoyo de imágenes audiovisuales.

**Resultados:** Varón de 39 años con AP de HTA y DM 2, hepatopatía crónica, SAOS, HVI, colelitiasis sintomática. Se realizó POSE (tubulización gástrica endoscópica) hace 3 años, con pérdida inicial en los primeros 3-4 meses de 27 Kg, con reganancia parcial posterior. Actualmente IMC de 44. Además, presenta gran hernia umbilical M3W2 no complicada.

EDA preoperatoria: UEG regular y a nivel, estómago tubulizado, visualizándose las suturas del POSE, elongadas.

Se presenta en Comité de cirugía bariátrica y se decide la realización de By-pass gástrico.

Se interviene al paciente realizándose una endoscopia digestiva alta intraoperatoria para valorar la altura y nivel de la sección gástrica a la hora de realizar el reservorio gástrico, que no seccionemos sobre los puntos del POSE previo. Durante la EDA intraoperatoria le indicamos al endoscopista donde sería nuestra línea de sección gástrica y visualizamos que las suturas del POSE se quedan distales al nivel de sección, por lo que no se requiere retirada de ninguna sutura del POSE y finalizamos la EDA intraoperatoria.

Se realiza By-pass gástrico simplificado laparoscópico además de colecistectomía. El paciente presenta una hernia umbilical con contenido epiploico que no reducimos, lo que sí realizamos es la sección del epiplón mayor, abandonando a la derecha del paciente el epiplón herniado. Ya se intervendrá en un segundo tiempo de la hernia umbilical.

El paciente es dado de alta al tercer día postoperatorio sin incidencias, habiendo tolerado dieta oral. Al mes postoperatorio acude el paciente a revisión, tolerando dieta blanda con tránsito intestinal normal. Ha perdido 15 Kg en el primer mes postoperatorio. Las heridas quirúrgicas presentan buen estado de cicatrización. No refiere dolor abdominal.

**Conclusiones:** Actualmente están en auge las técnicas endoscópicas para la pérdida de peso, como en este caso el POSE. Por este motivo debemos conocer los cirujanos bariátricos todas las técnicas actuales que se llevan a cabo, para saber actuar en el caso de una conversión a técnica quirúrgica como en nuestro caso.

Contar con la colaboración de los endoscopistas de nuestro hospital nos va a servir de gran ayuda a la hora de plantear la cirugía y de solucionar obstáculos creados por estas técnicas endoscópicas a la hora de la intervención quirúrgica.

En nuestro caso, decidimos la realización de una EDA intraoperatoria en un paciente con antecedente de POSE, para comprobar que las suturas de esta técnica, no interfirieran con nuestra línea de sección gástrica para hacer el pouch gástrico. En caso de que fuera necesario, el endoscopista estaba preparado para tener que seccionar y retirar algunas suturas del POSE.

V-13

## Conversión de gastroplastia vertical anillada tipo mason a bypass laparoscópico

**Irene De Vicente Bernal, Pablo Priego Jiménez, Cesar Barsen Pérez Izquierdo, Ana Del Carmen Ortega Ferrete, Luis Alberto Blázquez Hernando, Marta Cuadrado Ayuso, Pablo Luis Gil Yonte, Silvia Sánchez Picot, Julio Galindo Álvarez, José María Fernández Cebrián.**  
**Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.**

**Objetivos:** La gastroplastia vertical anillada (VBG) es un procedimiento puramente restrictivo en el que la parte superior del estómago se divide mediante una línea de grapas vertical con una salida ajustada por una banda. El reservorio se llena rápidamente de alimentos sólidos e impide la ingesta copiosa de alimentos. Se produce la pérdida de peso debido a la disminución de la ingesta calórica. La VBG ha sido sustituida en gran medida por otro procedimientos y rara vez se realiza debido a la falta de pérdida de peso sostenida o deseada, así como las complicaciones que requieren revisión (20-56%). La mayoría de las revisiones son necesarias por dehiscencia de la línea de grapas, estenosis de la banda, rotura de la banda, dilatación del reservorio y enfermedad por reflujo gastroesofágico.

**Material y métodos:** Se presenta el caso de una mujer de 58 años con antecedente de obesidad mórbida con gastroplastia vertical anillada abierta (gastroplastia de Mason) hace 30 años en su país de origen, con un peso previo a la cirugía de 120 kg e IMC de 42, alcanzando un peso mínimo de 68 kg.

Consulta en nuestro centro por reganancia ponderal, con un peso de 95 kg y un IMC de 33. Ante la sospecha de fístula gastro-gástrica, se completa el estudio radiológico y endoscópico, confirmándose una fístula entre el reservorio y el remanente gástrico.

Se le propone una cirugía de revisión para conversión a bypass gástrico laparoscópico.

**Resultados:** Mediante un abordaje laparoscópico se realiza liberación de adherencias de la cirugía previa. Se lleva a cabo la conversión de gastrectomía vertical anillada en bypass gástrico laparoscópico estándar con anastomosis gastroyeyunal y pie de asa según se muestra en el vídeo. Evolución posterior satisfactoria con alta sin incidencias.

**Conclusiones:** La cirugía de revisión en pacientes con antecedente de cirugía bariátrica se está convirtiendo en un procedimiento realizado cada vez con mayor frecuencia.

La gastroplastia vertical anillada tipo Mason es una técnica quirúrgica en desuso por su alto porcentaje de fracaso con reganancia ponderal relacionado con la fístula gastro-gástrica por dehiscencia de la sutura, con la consecuente dilatación del reservorio y aparición de reflujo gastroesofágico. La cirugía de conversión a bypass gástrico en Y de Roux es una de las mejores opciones para estos casos, siendo el abordaje laparoscópico factible.

V-14

## **Cirugía revisional: de gastrectomía vertical a cruce duodenal**

**Andrea De Miguel, Ruth Lopez Gonzalez, Sergi Sanchez Cordero, Jordi Pujol Gebelli.**

**Consorci Sanitari Integral - Hospital de l'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat, España.**

La cirugía bariátrica revisional es un procedimiento quirúrgico que se realiza en pacientes que previamente han sido sometidos a una cirugía bariátrica y han experimentado complicaciones o no han alcanzado los resultados deseados. Es un procedimiento complejo que requiere una evaluación cuidadosa y un enfoque individualizado para cada paciente, ya que los factores que contribuyen a las complicaciones y la falta de éxito varían de un paciente a otro.

El objetivo trata de mostrar la técnica quirúrgica del cruce duodenal en el contexto de cirugía bariátrica revisional.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 48 años con antecedentes de gastrectomía vertical y colecistectomía laparoscópicas en 2019, sin hipertensión arterial, sin Diabetes Mellitus tipo 2, ni SAHOS. No presenta ERGE. Presenta IMC máximo/actual de 59/51 kg/m<sup>2</sup> y un peso máximo/actual de 167/142 kg, con una talla de 167cm.

El video retrata la adhesiolisis previa, regastrectomía vertical y realización de la técnica del cruce duodenal.

Si bien la cirugía bariátrica revisional conlleva ciertos riesgos y complicaciones, puede ser una opción efectiva para aquellos pacientes que no han logrado los resultados deseados con la cirugía bariátrica inicial. Con la adecuada preparación y seguimiento, la cirugía bariátrica revisional puede ayudar a los pacientes a lograr una pérdida de peso significativa y a mejorar su salud y calidad de vida.

V-15

## Pérdida de peso sub-óptima tras revisión sleeve a sadi

Gabriel Diaz Del Gobbo<sup>1</sup>, Juan S Barajas-Gamboa<sup>1</sup>, Juan Pablo Pantoja<sup>1</sup>, Mohammed Abdallah<sup>1</sup>, Daniel Guerrón<sup>1</sup>, Ricard Corcelles<sup>2</sup>, John Rodríguez<sup>1</sup>, Carlos Abril Vega<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Cleveland Clinic Abu Dhabi, Cleveland Clinic Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos; <sup>2</sup>Cleveland Clinic Ohio, Cleveland Clinic Ohio, Estados Unidos.

**Objetivo:** Demostrar la secuencia de tratamiento en un caso de pérdida de peso sub-óptima (PPSO) tras una revisión de Gastrectomía Tubular a Single Anastomosis Duodeno-Ileal bypass (SADI).

**Material y métodos:** Revisión de historia médica y exposición en forma cronológica de: evolución clínica, estudio preoperatorio, secuencia de intervenciones quirúrgicas y sus resultados.

**Resultados:** Paciente mujer de 30 años con índice de masa corporal (IMC) de 47 kg/m<sup>2</sup>, la cual se realizó una manga gástrica. Experimentó nadir de 32 kg/m<sup>2</sup> y 31% de pérdida de peso (PP). Cinco años más tarde, desarrollo PPSO con 40 kg/m<sup>2</sup> y 16% PP. Sin clínica de reflujo, sin esofagitis en endoscopia digestiva alta, sin hernia de hiato, estenosis o reflujo en fluoroscopia. Se realizó conversión a SADI. Obtuvo nadir de 36 kg/m<sup>2</sup> y 23% PP. Tres años más tarde recidivó la PPSO con IMC 38 kg/m<sup>2</sup> y 18% PP a pesar de tratamiento multidisciplinar y Liraglutide. Al presentar un fundus redundante en endoscopia y fluoroscopia, se revisó quirúrgicamente con re-manga gástrica y cruce duodenal. Seis meses más tarde presenta IMC 30 kg/m<sup>2</sup> y 36% PP, sin reflujo o esteatorrea.

**Conclusiones:** La PPSO puede suceder tras cualquier procedimiento bariátrico. La cirugía de revisión es una opción válida siempre que se realice una evaluación multidisciplinar. El procedimiento debe ser seleccionado de acuerdo con las características del paciente para obtener resultados efectivos y seguros.

V-16

## **Bypass gástrico laparoscópico tras gastrectomía vertical laparotómica**

**Beniamino Pascotto, Lucía González González, Ayse Bozok, Rosa González, Martine Goergen, Juan Santiago Azagra Soria.**  
**Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxemburgo, Luxemburgo.**

**Objetivos:** Presentar el caso de una cirugía de revisión complicado, manejado mediante cirugía mínimamente invasiva.

**Material y métodos:** El material audiovisual se obtiene de nuestro centro con el consentimiento informado de los pacientes.

**Resultados:** Se trata de una mujer de 52 años, operada en 2006 por obesidad con colocación de una banda gástrica laparoscópica. Posteriormente en 2012 la paciente es operada de una gastrectomía vertical por laparotomía. Ambas intervenciones son realizadas en otro centro por lo que desconocemos el IMC y las indicaciones. A su llegada a nuestro centro presenta un IMC de 42,9 y un reflujo invalidante que no responde a tratamiento médico. Como pruebas complementarias se realiza un tránsito esófago-gástrico y una gastroscopia que demuestran una gastrectomía vertical dilatada y una hernia hiatal con reflujo gastroesofágico. Tras presentar el caso en comité multidisciplinar se decide realizar la conversión a un bypass gástrico por laparoscopia. La intervención se desarrolla sin problemas una vez realizada la adhesiolisis. La paciente evoluciona favorablemente, inicia tolerancia con agua el día de la intervención y a líquidos el primer día postoperatorio. El primer día postoperatorio se procede al alta hospitalaria.

**Conclusiones:** El comité multidisciplinar es la base para decidir la intervención a realizar, sobre todo en casos complicados como el presentado actualmente. En nuestro centro la cirugía mínimamente invasiva es el abordaje de elección, incluso para casos operados previamente por laparotomía, esto ayuda a una recuperación más rápida con menor dolor postoperatorio y estancia hospitalaria más corta.

V-17

## Conversión laparoscópica de sleeve a bypass: adhesiolisis hepática y hiatoplastia

**Martín Huerta García, Ramón Vilallonga Puy, Amador García Ruíz De Gordejuela, Clara Pañella Vilamú, Ana Ciscar Bellés, Daniel Herms Pérez, Hilmary Hernández, Vanesa Flores, Andreea Ciudin, Manel Armengol Carrasco.**  
**Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España.**

**Introducción:** La conversión laparoscópica de sleeve gástrico a bypass gástrico en Y de Roux constituye un procedimiento quirúrgico cada vez más frecuente. La posibilidad de desarrollar adherencias del sleeve al lecho hepático y la presencia de hernia hiatal, suponen dificultades añadidas en la cirugía revisional.

**Caso clínico:** Mujer de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y síndrome ansiosodepresivo. Intervenida quirúrgicamente en 2013 de sleeve gástrico laparoscópico por IMC 51 Kg/m<sup>2</sup> con correcta evolución.

En 2019, aparición de sintomatología compatible con reflujo gastroesofágico. En gastroscopia se evidenció hernia hiatal de pequeño tamaño. La pHmetría objetivó un reflujo gastroesofágico ácido moderado y la manometría detectó una motilidad de cuerpo esofágico dentro de los límites de la normalidad. La paciente es presentada en comité multidisciplinar y se decide la conversión de sleeve a bypass gástrico en Y de Roux (IMC 34.1 Kg/m<sup>2</sup>) por vía mínimamente invasiva.

### Técnica quirúrgica

Insuflación de neumoperitoneo con Veress y colocación de 5 trócares laparoscópicos bajo visión directa. Posición de anti-Trendelenburg. Laparoscopia exploradora y adhesiolisis de toda la curvatura menor gástrica, fuertemente adherida a lecho hepático en toda la línea del sleeve. Disección de hiato esofágico con apertura de ambos pilares y hiatoplastia posterior con sutura irreabsorbible trenzada. Confección de reservorio gástrico, 8 cm por debajo de la unión esofagogástrica, sin necesidad de *Re-sizing*. Contaje de asa biliar (100 cm), anastomosis gastro-yunal mecánica y cierre de orificio con PDS 2/0. Cierre de Petersen con Prolene 2/0. Contaje de asa alimentaria (80 cm), anastomosis entero-entérica y cierre de orificio con PDS 2/0. Cierre de espacio entero-entérico con Prolene 2/0. Transección de asa alimentaria y asa biliopancreática y test de verde de indocianina y azul de metileno oral. Retirada de trócares bajo visión directa. Sin incidencias intraoperatorias.

Correcta evolución postoperatoria, recibiendo el alta hospitalaria a las 48 horas.

**Conclusión:** El abordaje laparoscópico en el campo de la cirugía revisional es un reto que debe sistematizarse para hacerlo seguro y eficaz. La selección de pacientes candidatos a cirugía revisional debe realizarse de forma individualizada, y el/la cirujano/a debe estar preparado/a para las dificultades técnicas que puedan acontecer durante la cirugía.

V-18

## Reversión de bypass gástrico con y de roux a anatomía normal en paciente con dumping severo

**Alfonso Aliaga Rodriguez, Maria Dolores Frutos, Andrés Balaguer, Alvaro Cerezuela, Ignacio Sánchez-Esquer, Valentín Cayuela, Quiteria Hernández. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.**

### Introducción

El bypass gástrico es considerado la técnica de referencia en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Pese a ser una técnica segura y con buenos resultados, cierto grupo de pacientes presentan complicaciones de difícil manejo como dumping severo, la hipoglucemia postprandial y la malnutrición severa. Alrededor de un 25% de los pacientes sometidos a bypass han de ser reintervenidos para revisión, conversión o reversión de la cirugía previa. Presentamos el caso clínico de una mujer de 38 años sometida a cirugía de reversión por síndrome de dumping tardío severo con hipoglucemia hiperinsulinémica.

**Material y métodos:** Mujer de 38 años intervenida de bypass gástrico 5 años antes. Al año de la intervención la paciente comienza con episodios de hipoglucemias severas diarias (39, 29...) junto con alteraciones neurológicas y disminución del nivel de consciencia que precisa múltiples ingresos hospitalarios. Inicialmente se maneja con tratamiento conservador, con medidas dietéticas y fármacos (ascarbosa, diazósido, sandostatin LAR, calcioantagonistas, agonistas de GLP-1) sin mejoría clínica y sin cese de los episodios sincopales. Se realiza RMN y TAC abdominal descartando tumores e insulinomas. Se realiza prueba con sonda nasoyeyunal que confirma el cese de síntomas y de las hipoglucemias, por lo que finalmente se decide cirugía de reversión.

**Resultados:** Se realiza cirugía de reversión por laparoscopia, Medición de asas, asa alimentaria de 80cm, asa común de 460 cm hasta válvula ileocecal, biliar de 30cm desde ángulo de Treitz. Se descartaron hernias internas, ya sea de espacio mesentérica y espacio de Petersen. Liberación de adherencias, resección de gastroenteroanastomosis previa, gastro-gastro anastomosis de cara lateral y resección de asa alimentaria de 80cm. La paciente fue alta a los 3 días de la intervención. Tras la cirugía de reversión la paciente quedo asintomática sin hipoglucemias y sin síncope.

**Conclusiones:** Las hipoglucemias hiperinsulinémicas son cuadros raros que pueden aparecer tras el bypass gástrico, y consisten en una respuesta exagerada y descontrolada frente a la ingesta de hidratos de carbono. Esta respuesta exagerada se manifiesta como cuadros de hipoglucemias graves que pueden llegar a ocasionar síncope y un cuadro clínico neurológico grave. La prevalencia es baja, inferior al 2% y su diagnóstico es complejo, y en ocasiones como en el caso de nuestra paciente requiere de ingreso hospitalario para poder hacer pruebas con seguridad. Actualmente se reconoce que la restitución del paso del alimento por el tramo digestivo excluido parece ser la medida con más éxito. La primera reversión de bypass gástrico a su anatomía anterior fue descrita

V-19

## Cirugía de revisión sobre bypass gástrico tipo capella modificado ¿y la anilla?

**José Fernando Treballe, Mónica Valero Sabater, Ana Isabel Pérez Zapata, Miguel Cantalejo Díaz, Melody García Domínguez, Vanesa Zambrana Campos, Alejandro García García, Juan Luis Blas Laína.**  
**Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.**

**Introducción:** El bypass gástrico anillado tipo Capella es una variante técnica del bypass gástrico que persigue mejorar los resultados a largo plazo con una restricción mayor. Las complicaciones más frecuentemente producidas por el anillado son la inclusión, el deslizamiento o los problemas de estenosis.

**Objetivo** - Presentar el vídeo de una cirugía bariátrica revisional laparoscópica en un paciente intervenido por vía abierta de bypass gástrico tipo Capella.

**Material y método:** Caso clínico: mujer de 51 años intervenida por obesidad mórbida, 19 años antes, mediante bypass gástrico tipo Capella por vía abierta y dermolipectomía posterior. Pérdida de peso de hasta 60 kg con posterior reganancia ponderal parcial. Presenta clínica constante de intolerancia digestiva y dolor abdominal. Como estudios complementarios se realiza tránsito esofagogástrico informado como gastroyeyunostomía de calibre normal con buen paso de contraste, con esófago de recorrido normal, y retraso del paso de contraste en la unión gastroesofágica, TAC abdominal informado como reservorio gástrico de escasa capacidad sin dificultad en paso de contraste oral a través de anastomosis gastroyeyunal y gastroscopia normal.

**Resultados:** Caso clínico: se realiza laparoscopia exploradora, con adhesiolisis compleja de síndrome adherencial en compartimento supramesólico, evidenciando bypass gástrico con reservorio gástrico "anillado" en toda su extensión con el estómago distal excluido, sin signos de complicación ni a nivel anastomótico ni en el asa alimentaria. Se realiza liberación y gastrectomía parcial del segmento que anilla el reservorio gástrico sin incidencias intraoperatorias. El postoperatorio cursa de forma favorable, presentando buena tolerancia a dieta oral, siendo dada de alta al cuarto día postoperatorio. Como incidencia señalar la insistencia de la paciente en visualizar la supuesta "anilla" que le había generado tantos problemas.

**Conclusiones:** Es importante en cirugía bariátrica de revisión conocer detalladamente la técnica primaria realizada para evitar sorpresas e incidencias intraoperatorias, y malos entendidos con el paciente a tratar.

V-20

## **Bypass gástrico robótico con reparación concomitante de hernia de hiato**

**Carlota Tuero<sup>1</sup>, Claudio Lazzara<sup>1</sup>, Lucia Sobrino<sup>1</sup>, Javier Osorio<sup>1</sup>, David Merino De Villasante<sup>2</sup>.**

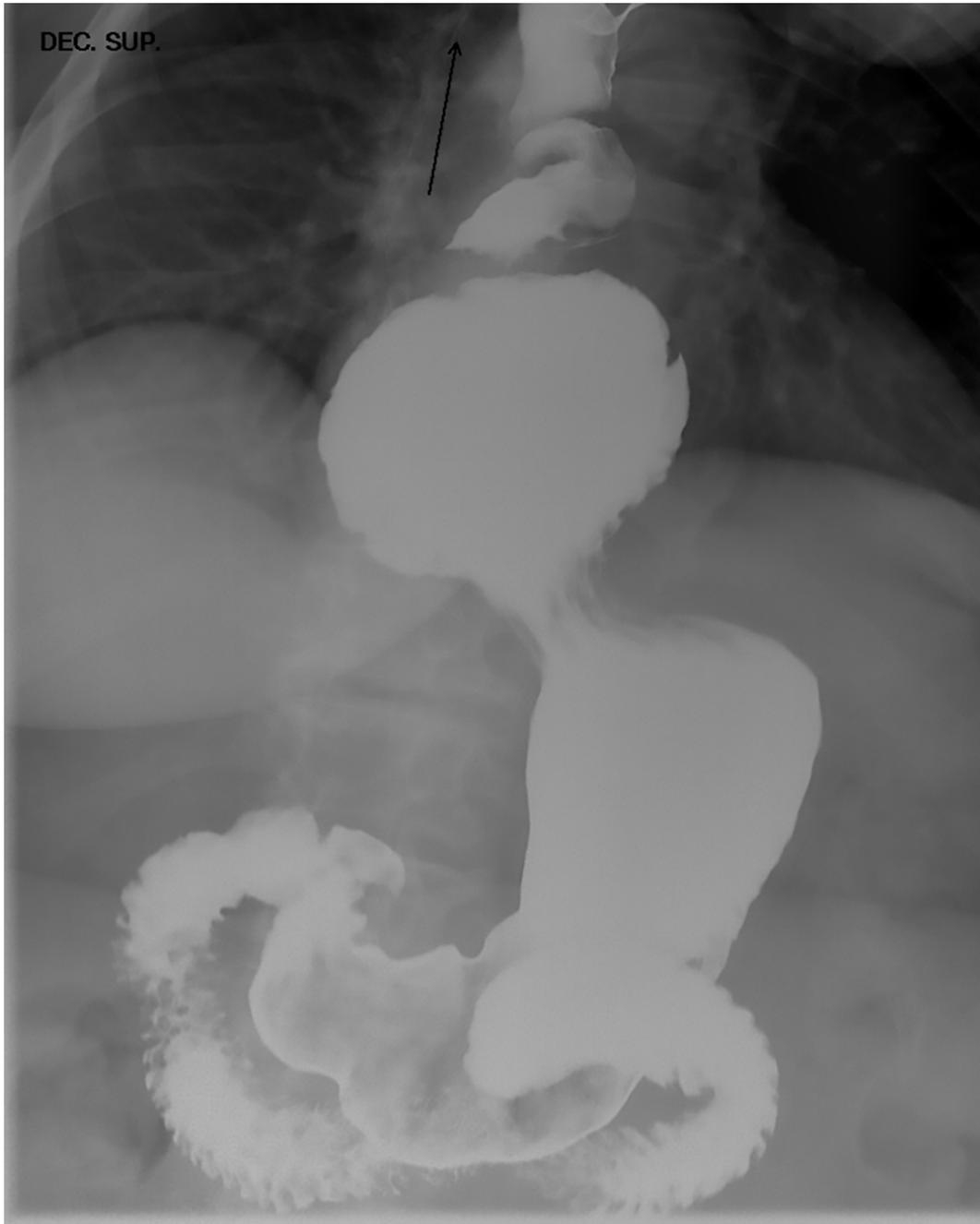
**<sup>1</sup>Hospital Universitario Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España; <sup>2</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, L'Hospitalet de Llobregat, España.**

La reparación de la hernia de hiato (HH) con funduplicatura es la técnica quirúrgica de elección en los pacientes con HH sintomática. Sin embargo, en pacientes obesos con índice de masa corporal mayor a 35kg/m<sup>2</sup>, la tasa de recidiva de dicha técnica es elevada. El bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR) es la técnica de elección en este grupo de pacientes. En el BPGYR se crea un pequeño reservorio gástrico y se reduce por consiguiente la secreción ácida gástrica, además con la pérdida ponderal posterior, se disminuye la presión intraabdominal, factores que hacen que el reflujo gastroesofágico (RGE) mejore de manera significativa. Los pacientes obesos que asocian RGE y HH se pueden beneficiar de la reparación de la HH junto con BPGYR. La combinación de ambos procedimientos es segura y eficaz

Presentamos el caso de una paciente de 48 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento y síndrome ansioso depresivo. El IMC máximo fue 48 kg/m<sup>2</sup> con un peso de 114kg. La paciente refería vómitos ocasionales con RGE muy sintomático y limitante, refractario a medicación oral. El tránsito gastroduodenal (imagen 1) y la endoscopia digestiva alta objetivaron una gran hernia de hiato con RGE asociado.

El procedimiento se realizó con robot. Primero disecamos el hiato esofágico y resecamos el saco herniario. Posteriormente, realizamos la cruroplastia con sutura irreabsorbible trenzada y debido al tamaño del defecto y a la tensión en los pilares tras el cierre del mismo decidimos colocar una malla para reforzar la reparación. Colocamos una malla de pequeño tamaño directamente sobre los pilares y evitando el contacto de la misma con el esófago. Finalmente continuamos realizando el BPGYR dejando un metro de asa alimentaria y un metro de asa biliopancreática. El postoperatorio cursó con normalidad y la paciente fue dada de alta a su domicilio a los dos días.

El BPGYR con reparación concomitante de HH debe considerarse como tratamiento quirúrgico de elección en pacientes obesos con HH y RGE sintomáticos.



V-21

## **Bypass gastrico en y de roux y extirpacion del remanente gastrico en paciente obesa con esófago de barret y poliposis gastrica**

**M<sup>a</sup> De Los Angeles Mayo Ossorio, Ander Angelo Bengoechea Trujillo, José Manuel Pacheco García.**

**Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.**

**Objetivo:** La ERGE y esofago de Barret son indicaciones de cirugía anti reflujo, y en el caso de paciente con obesidad morbida de la realización de bypass gastrico como técnica bariátrica. Por otro lado la poliposis gastrica es una enfermedad benigna pero tiene riesgo de malignización requiriendo en algunos casos la realización de gastrectomia. Actualmente se está imponiendo la cirugía robotica en cirugía bariátrica y cirugía esofagogástrica. Presentamos el caso clínico de una cirugía combinada de bypass gastrico en y de roux y extirpación de estomago remanente en una paciente con obesidad morbida, Esófago de barret y poliposis gástrica múltiple realizado por abordaje totalmente robótico.

**Material y método:** Mujer 50 años con antecedentes personales de: Obesidad, (Peso 104.500 Kg. Talla: 160 cm. IMC: 40.82 Kg/cm<sup>2</sup>), hernia de hiato y ERGE., y Asma bronquial.

Historia actual: Remitida para valoración de cirugía antireflujo por esófago de Barret diagnosticado 2 años antes (2020). Se propone cirugía Bariátrica y realización de Bypass gástrico. Se realiza protocolo de cirugía Bariátrica y tras realizar nueva EDA, se identifica poliposis gástrica y se confirma la presencia de esófago de barret.

Ante los nuevos hallazgos se decide realizar Bypass gastrico en Y de roux (asa biliopancreatica 60cm, asa alimentaria 120cm) y gastrectomia del remanente gastrico

### **Resultados:**

TIEMPO OPERATORIO: 195 min (Doking 15 min, Cirugia consola 170 min, Desdoking 5 min. Cierre incisiones 5 min).

POSTOPERATORIO: Estancia URP 2horas y media, Inicia tolerancia la tarde de la cirugía Alta Hospitalaria al 2º dia postoperatorio a las 36 horas de la cirugía.

HISTOLOGIA ESTOMAGO EXTIRPADO Poliposis gástrica con Polipos en fundas cuerpo y antro hasta número de 22 polipos. Mínimo tamaño 0,2 mm- máximo 0,9mm

REVISION AL MES DE LA CIRUGIA: Adecuada tolerancia oral. Perdida de peso de 10 kg sin sintomatología de reflujo.

**Conclusiones:** La ERGE y sobretodo asociada al esófago de barret es indicación de cirugía antireflujo y en el caso de la obesidad mórbida la cirugía indicada es el Bypass gástrico.

Los pólipos gástricos más frecuentes son los hiperplásicos, de glándula fúndica, como en el caso de nuestra paciente. Ya que en algunos casos, tienen riesgo de malignidad en el caso de realizar un procedimiento bariátrico lo ideal seria realizar una gastrectomia vertical, CD o SADIS para tener un control endoscopio del estomago del repertorio.

En el caso de nuestra paciente la opción quirúrgica propuesta pensamos que es la mas adecuada ya que corrige la ERGE y el barret, la obesidad y además hemos extirpado el remanente gástrico por su potencial riesgo de malignización.

Esta cirugía es factible y segura por abordaje robótico y no se incrementa el tiempo quirúrgico respecto a la cirugía laparoscopica. Siendo la sutura y cierre de enterotomias mucho más fácil por apórtate maniobrabilidad y una excelente visión.

V-22

## Cuando las complicaciones aparecen

**Silvia Aguas Blasco, Marta Artaza Irigaray, Ana Llantero García, María Martínez Galilea, Adrián Herrero Fabregat, Serafín Andrés Pérez, Natalia Pérez-Serrano, Rafael Gil Albarellos Marcos, Aitana García Tejero.**  
**Hospital San Pedro de la Rioja, Logroño, España.**

**Objetivos:** Material y método: Se presenta el caso de una paciente de 28 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, con una talla de 158 cm y peso de 120 kg, índice de masa corporal (IMC) 48, sin comorbilidades asociadas, a la que se le realizó en 2013, en otro centro, un Bypass gastroileal distal tipo Bagua.

El primer año postoperatorio presenta una pérdida ponderal de 46 kilos, alcanzando el segundo año posterior a la cirugía un peso de 47 kg, con un IMC de 18. Comienza con ingresos frecuentes por malabsorción, desnutrición proteica, disfunción hepática e importante deterioro neurológico, por lo que inicia tratamiento con nutrición artificial, vitaminas y enzimas pancreáticas.

Debido a múltiples ingresos por desnutrición, se plantea 5 años más tarde de la cirugía inicial realizar una cirugía de conversión, en este momento la paciente presentaba un IMC de 23. Durante la cirugía se objetivó un By-pass tipo Billroth II con asa biliar de 250 cm y asa común de 150 cm. Se realizó una conversión a bypass gástrico en Y de Roux con un acortamiento de asas, pasando a medir el asa biliopancreática 60 cm y el asa alimentaria 100cm. El postoperatorio cursó sin complicaciones, y alcanzó un peso en torno a 60-65 Kg, con un IMC de 25, siguiendo un tratamiento únicamente con vitamina D y hierro oral.

Cinco años más tarde de la cirugía de revisión, comienza con cuadro de distensión postprandial precoz, vómitos y pérdida de peso, alcanzando los 51 Kg, con IMC de 20, hipoproteinemia e hipoalbuminemia. Se le realizó un esofagograma donde se objetiva estenosis de la anastomosis gastroyeyunal, y una gastroscopia que confirmó los hallazgos. Tras comentar el caso en comité multidisciplinar se acuerda realización de dilatación endoscópica con balón y suplementos nutricionales.

Tras esto la paciente mejora, pero dos meses después se propone para una nueva dilatación, durante el transcurso de la misma se produce una perforación, por lo que se indica cirugía urgente. En esta se evidencia perforación de la anastomosis gastroyeyunal con presencia de saliva en cavidad abdominal.

Se realizó resección de anastomosis, incluyendo la perforación y nueva anastomosis gastroyeyunal, lavados de cavidad y colocación de drenajes.

**Resultados:** Durante la cirugía pudimos plantearnos la realización de una nueva anastomosis ya que la perforación se había producido en el transcurso de una prueba endoscópica para la que la paciente se encontraba en ayunas, y fue diagnosticada inmediatamente, e intervenida en un corto plazo de tiempo, quizás hubiésemos tenido que replantearnos esta decisión si se hubiese producido de forma espontánea o hubiésemos encontrado una peritonitis evolucionada en el transcurso de la cirugía. Por los mismos motivos no se dejó sonda nasogástrica durante el postoperatorio.

**Conclusión:** Este caso pone en entredicho, la realización de técnicas puramente malabsortivas debido a las consecuencias que estas producen. De igual modo, nos plantea si fue correcta la realización de una nueva dilatación endoscópica, cuando solo habían pasado dos meses tras la primera.

V-23

## BAGUA tras migración intratorácica de funduplicatura de Nissen

Manuel García-Redondo<sup>1</sup>, Manuel Ferrer-Márquez<sup>1</sup>, Francisco Rubio-Gil<sup>2</sup>, María José Torrente-Sánchez<sup>2</sup>, Manuel Ferrer-Ayza<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Torrecárdenas, Almería, España; <sup>2</sup>Clínica Mediterraneo, Almería, España.

**Introducción:** La obesidad se ha convertido, desde hace años, en un problema de salud pública de primer orden, según el informe publicado por la OMS en 2022, el 60 % de los ciudadanos en el área de Europa tienen sobrepeso o son obesos. Según las últimas recomendaciones de la IFSO, la cirugía bariátrica y metabólica es el tratamiento recomendado para pacientes con IMC por encima de 35Kg/m<sup>2</sup> (con o sin patología asociada), consiguiendo buenos resultados en relación a la pérdida de peso a medio-largo plazo, además de mejorar un porcentaje importante de comorbilidades en este tipo de pacientes. La incidencia de ERGE es mayor en pacientes con obesidad, tendiendo, además, síntomas más graves. Este aumento en la prevalencia da como resultado un número cada vez mayor de pacientes que buscan cirugía para perder peso después de una funduplicatura quirúrgica previa. La funduplicatura de Nissen ha sido el tratamiento gold standard para pacientes con ERGE que no responden a tratamiento médico. Sin embargo, en pacientes con obesidad, el bypass gástrico es una opción válida a tener en cuenta.

### Metodos

Presentamos el caso de una paciente previamente sometida a cirugía antirreflujo (Nissen laparoscópico) por ERGE, con evolución favorable, que presenta migración intratorácica del mismo a los 8 años, con nueva aparición de sintomatología, y a la que se le oferta la realización de una cirugía bariátrica de revisión.

### Resultado

Paciente mujer de 56 años que acude por presentar clínica y pruebas complementarias compatibles con reflujo ácido-patológico severo, por lo que se decide realizar funduplicatura laparoscópica de Nissen. El postoperatorio transcurre sin incidencias, y la paciente presenta mejoría de su sintomatología en los meses siguientes de seguimiento. 8 años más tarde, acude a consulta con empeoramiento de los síntomas, además de aumento de peso (IMC:38Kg/m<sup>2</sup>). Tras realizar pruebas complementarias, en las que se evidencia migración intratorácica del Nissen, se propone para cirugía bariátrica de revisión y conversión a bypass de una anastomosis.

Tras entrada en cavidad, se evidencia la funduplicatura desplazada hacia tórax. Se reduce cuidadosamente, hasta dejarla completamente liberada a nivel abdominal. Se desmonta Nissen previo y se disecan los pilares diafragmáticos.

Se realiza BAGUA sobre sonda de Faucher de 36F, y anastomosis gastroyeyunal con asa biliopancreática de 200cc. Se realiza cierre de pilares con sutura continua barbada no absorbible de 2-0. Debido a la posibilidad de mala vascularización del estómago expluido, se decide resección del mismo. La paciente es dada de alta a las 48 horas sin incidencias y tolerando dieta triturada.

**Conclusión:** Hasta nuestro conocimiento, es el primer video presentado sobre la realización de BAGUA en una paciente previamente intervenida de cirugía antirreflujo, con Nissen intratorácico. La realización de esta técnica tras una funduplicatura previa de Nissen (además de migración de esta), es un procedimiento algo más complejo que la cirugía primaria, pero puede realizarse con seguridad mediante una técnica cuidadosa (con frecuencia hay adherencias previas que dificultan la movilidad y la separación de la funduplicatura), y proporciona un buen control de los síntomas.

V-24

## Malnutrición grave tras bypass gástrico en Y de Roux. Alargamiento del asa común

**Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz, Francisco Miguel González Valverde, María Belén Agea Jiménez, Marien Tamayo Rodríguez, María Valero Soriano, María Isabel Jiménez Moreno, Jose María Rodríguez Lucas, Pedro López Morales, Andrea María Hurtado Vázquez, Antonio Albarracín Marín-Blázquez.**  
**Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.**

**Introducción:** El bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux (BPGL) ha demostrado ser una cirugía eficaz para la pérdida de peso y la reducción de las comorbilidades en la mayoría de los obesos (OM) sometidos a este procedimiento. Sin embargo, se han descrito problemas por un componente malabsortivo excesivo en estos pacientes cuando el ABP supera los 200 cm o el AC no llega a los 250-300 cm. Entre las distintas opciones quirúrgicas están la reversión a anatomía normal y el alargamiento del asa común (AC) a expensas del asa biliopancreática (ABP) o del asa alimentaria (AA).

**Objetivos-método-resultados:** Mujer de 57 años con múltiples alergias medicamentosas y que es operada en abril de 2004 en otro hospital por OM (Peso: 112 kg, IMC: 46) donde se le realiza un BPGL (AA 240 cm, ABP 180 cm, AC 240 cm). En 2006 se le hace una colecistectomía laparoscópica y en noviembre de 2012 una dermolipectomía con onfaloplastia. En los años posteriores al BPGL desarrolla múltiples complicaciones con malnutrición calórico-proteica, anemias, anasarca, hipovitaminosis, hipocalcemia, polineuropatía sensitivoaxonal mixta, miopatía, déficit de zinc y de cobre, etc. todas de difícil tratamiento ambulatorio y por las que precisa múltiples ingresos hospitalarios. Cambia de domicilio y pasa a depender de nuestra área sanitaria sin mejoría con el tratamiento multidisciplinar conservador que sigue. Finalmente, el caso se presenta a la unidad de cirugía bariátrica y metabólica en noviembre de 2022. Se le realiza una gastroscopia y un estudio baritado esfago-gastro-intestinal sin hallazgos anormales, con boca anastomótica normal y con reservorio gástrico no aumentado de tamaño por lo que se opta por una cirugía revisional para alargamiento del asa alimentaria. Aprovechando un ingreso por sus problemas en enero de 2023 se interviene de forma programada (Peso: 65 kg, IMC: 25,7) y mediante abordaje laparoscópico se objetiva una hernia de Petersen que se reduce y trata cerrando el espacio homónimo, se realiza una medición de las asas del BPGL previo (AA: 250 cm, ABP: 215 cm y AC: 185) y finalmente se alarga el AC a expensas del AA mediante la confección de dos anastomosis de intestino delgado (nueva AA 100 cm, nueva ABP 60 cm, nueva AC 490 cm). La paciente es alta al 6º día postoperatorio sin incidencias y tras el visto bueno endocrino-metabólico para control ambulatorio.

**Conclusiones:** Los problemas graves derivados del componente malabsortivo de un BPGL son cada vez menos frecuentes. Su presencia o el riesgo de recidiva de los mismos requieren de un tratamiento multidisciplinar. Una cirugía de revisión o de reversión a anatomía normal es lo recomendable y siempre optimizando, de la mejor forma posible, los parámetros nutricionales antes de la intervención.

V-25

## Úlcera anastomótica en paciente con bypass gástrico

Marta Barros<sup>1</sup>, Ramón Vilallonga<sup>1</sup>, Amador García Ruiz De Gordejuela<sup>2</sup>, Óscar González<sup>1</sup>, Ana María Ciscar<sup>1</sup>, Clara Pañella<sup>1</sup>, Andrea Ciudin<sup>1</sup>, Alba Zabalegui<sup>1</sup>, Manel Armengol<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España; <sup>2</sup>Hospital Donostia, San Sebastián, España.

**Introducción:** Una de las posibles complicaciones del bypass gástrico es la úlcera anastomótica. Su incidencia se sitúa entre el 0,6 y el 25%. Por lo general, se localiza cerca de la anastomosis gastroyeyunal o en la misma.

Su producción está asociada a diversos factores de riesgo como la Diabetes Mellitus, el tabaquismo, las suturas no reabsorbibles, el uso de AINEs o la presencia de H.pylori.

El manejo inicial es conservador. Sin embargo, en caso de síntomas o complicaciones persistentes, se debe considerar la intervención quirúrgica.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 39 años con antecedentes de SOP y SAHS, con un IMC de 42,8 kg/m<sup>2</sup>, intervenida de BPG en 2021. En controles posteriores refiere intolerancia a los sólidos. Se realizó una endoscopia que mostró una úlcera de 15 mm en la vertiente yeyunal de la anastomosis gastroentérica. Se inició tratamiento conservador con IBP. Meses después, los síntomas persistieron. La paciente presentaba también desnutrición severa. Se decidió intervención quirúrgica, reconfeccionando la anastomosis gastroyeyunal.

**Discusión:** La revisión de un bypass gástrico por úlcera anastomótica es una cirugía compleja que debe ser realizada por un equipo experto. La mortalidad aumenta en comparación con la cirugía primaria.

Este video tiene como objetivo presentar los aspectos técnicos del manejo intraoperatorio de la úlcera anastomótica. Se detallan aspectos relacionados con la técnica quirúrgica, como la necesidad de realizar adhesiolisis, y la complejidad de la anatomización del bypass. Se expone la disección de la anastomosis anterior, reseándola. Se realiza la reanastomosis, en la que se podría considerar la indicación de hacerlo manual o mecánicamente. Por último, se muestra la utilización de técnicas novedosas para la comprobación del empalme, como el verde de indocianina.

**Conclusión:** La úlcera anastomótica es una complicación a tener en cuenta en la cirugía de bypass gástrico. La reintervención a causa de la misma es una cirugía compleja que debe ser llevada a cabo por equipos expertos y utilizando las técnicas más adecuadas.

V-26

## Tres causas de dolor abdominal en una paciente operada de bypass gástrico laparoscópico en Y de roux

**Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz, Marien Tamayo Rodríguez, Francisco Miguel González Valverde, María Belén Agea Jiménez, María Isabel Jiménez Moreno, Pedro López Morales, María Valero Soriano, Jose María Rodríguez Lucas, Nuria Martínez Sanz, Manuel Redondo Martínez.**

**Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.**

**Introducción:** El Bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux (BGLYR) sigue siendo una de las cirugías bariátricas que más se practican en el mundo. En el seguimiento postoperatorio de estos pacientes es frecuente que nos consulten por dolores abdominales inespecíficos con múltiples diagnósticos diferenciales a tener en cuenta (hernias internas, úlceras marginales, invaginaciones enteroentéricas, fístulas gastrogástrica, síndromes adherenciales, gastritis, etc.) y para los que las pruebas diagnósticas complementarias no siempre nos resultan de ayuda para dar con el diagnóstico de certeza y por ende proponer el tratamiento dirigido para cada caso.

**Objetivos-método-resultados:** El paciente es una mujer de 43 años etiquetada de alergia a contraste yodados, con dislipemia mixta en tratamiento con atorvastina y sin otros antecedentes de interés. Es operada el 08/05/2018 de obesidad grado II (Peso: 109,3 Kg; IMC 38,27) con comorbilidades asociadas (diabetes mellitus tipo II, dislipemia y SAHS). Se realiza un BGLYR (ABP: 60 cm; AA antecólica: 140 cm). Sigue revisiones normales con desaparición de comorbilidades salvo la dislipemia mixta. En enero de 2023 consulta en las urgencias de nuestro hospital por cuadro de epigastralgia súbita, intensa acompañada de náuseas, pero sin vómitos. La exploración es normal y las pruebas complementarias (analíticas, radiografías y ecografía abdominal urgente) son normales salvo el hallazgo de una invaginación intestinal no obstructiva en la ecografía. Tras 24 horas en observación, el cuadro se resuelve y se cita para revisión en las consultas externas de la unidad de obesidad a los 8 días. En la consulta sigue refiriendo dolores abdominales cada vez más frecuentes, sin vómitos, que duran 40-60 min, sin clara relación con la ingesta y que se alivian con el decúbito supino o flexionando el tronco hacia adelante en posición sentada. Se solicita gastroscopia (Normal. Biopsia normal y ausencia de *Helicobacter pylori*) y una TC preferente que se hace con contraste oral, pero sin contraste endovenoso. La TC informa de "apelotonamiento de asas intestinales en hipocondrio izquierdo y mínimo giro de las estructuras vasculares que sugieren posible hernia interna". Ante la persistencia de los dolores sin clara causa se interviene de forma programada el 10/02/2023 (IMC: 22,41. Porcentaje de exceso de IMC perdido: 119,52 %. Porcentaje de peso total perdido: 41,45 %) y se objetivan como hallazgos patológicos un espacio de Petersen abierto sin herniación intestinal en ese momento (se cierra con sutura barbada irreabsorbible), un muñón largo ciego del asa biliopancreática de unos 4 cm con adherencias de epiplón a ese nivel (se realiza adhesiolisis y se reseca el asa ciega) y finalmente dos invaginaciones enteroentéricas no obstructivas en asa común que se desinvaginan sin objetivar causa mecánica para las mismas decidiendo no hacer nada más sobre ellas. La paciente se va de alta a las 24 horas de la cirugía y permanece asintomática en el momento actual.

**Conclusiones:** En los pacientes sometidos a BPGYR con dolores abdominal inespecíficos y de etiología incierta, la laparoscopia exploratoria debe ser ofertada como una única opción que pueda llevar a ayudar en el diagnóstico-tratamiento de estos casos.

V-27

## Gastrectomía en manguito mediante abordaje totalmente robótico de tres puertos y sin retractor hepático

**Albert Caballero Boza, Jordi Tarascó Palomares, Laura Lopez Vendrell, Mauricio Parrales, Pau Moreno Santabárbara, Eva Martínez, Silvia Pellitero, Jose María Balibrea Del Castillo, Celia Martínez Alvez.**  
**Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.**

**Objetivos:** Presentar este vídeo donde se muestra una gastrectomía vertical robótica totalmente robótica (RTR-SG) con sólo tres puertos y sin colocación de retractor hepático.

**Métodos:** Un paciente de 61 años con un IMC = 39,3 kg/m<sup>2</sup> fue sometido a una RTR- SG. Se utilizó un modelo Da Vinci Xi® y no se requirió asistencia laparoscópica ni cambio de posición de la mesa de operaciones.

**Resultados:** La paciente se colocó en posición de Trendelenburg inversa de 23° con las piernas abiertas y los brazos en aducción completa. Sólo se utilizaron tres trócares robóticos para la vía de acceso. No fue necesario utilizar ningún retractor hepático convencional. No obstante, el lóbulo hepático izquierdo se traccionó cranealmente mediante una sutura absorbible de púas del 2/0. La manga gástrica se realizó a 6 cm del píloro, utilizando un bougie Faucher de 36Fr como calibrador. La transección gástrica se realizó con una endograpadora robótica con cartuchos azules y blancos. El tiempo quirúrgico total fue de 110 min (el acoplamiento duró 5 min). Tanto la cirugía como el postoperatorio transcurrieron sin incidentes y la paciente fue dada de alta el segundo día postoperatorio.

**Conclusiones:** Las plataformas robóticas pueden minimizar significativamente la dificultad y agresividad de la cirugía bariátrica.

En manos experimentadas, la gastrectomía en manga puede realizarse totalmente robótica utilizando sólo tres puertos sin dificultar la intervención ni comprometer la seguridad de la misma.

V-28

## Tratamiento de hernia hiatal gigante en pacientes con obesidad mórbida mediante bypass gástrico

**Paula González Atienza, Jordi Farguell Piulachs, Anna Curell, Xavier Morales, Dulce Momblán, Ainitze Ibarzabal.**  
**Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.**

**Introducción:** La obesidad es un factor de riesgo independiente de reflujo gastroesofágico y de hernia de hiato. El tratamiento de elección de la hernia de hiato es la reparación quirúrgica asociada a la funduplicatura; no obstante, el riesgo de recidiva en pacientes con IMC superior a 35 es muy elevado. El bypass gástrico sigue siendo de elección en pacientes con obesidad que presentan reflujo gastroesofágico ya que reduce el contenido gástrico, previene el reflujo biliar y disminuye la presión intraabdominal debido a la pérdida de peso. En los pacientes con obesidad que asocien una hernia de hiato la realización de un bypass gástrico asociado a la reparación de la hernia de hiato puede ofrecer un tratamiento quirúrgico para la obesidad y el control de la sintomatología asociada a la hernia hiatal.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de una paciente de 60 años con antecedentes de dislipemia y donante renal con un IMC de 41 propuesta para cirugía bariátrica. En las pruebas preoperatorias la ecografía muestra un hígado con esteatosis leve. La fibrogastroscoopia evidencia una hernia de hiato gigante que se extiende desde 32 a 39 cm desde incisivos con ectasia vascular antral por lo que se realiza un tránsito esófago-gastro-duodenal que evidencia hernia de hiato con estómago parcialmente torácico. Se presenta en sesión quirúrgica y se decide realizar bypass gástrico con reparación hiatal.

**Resultados:** Mediante abordaje laparoscópico con 5 trócares, se realiza retracción gástrica a cavidad abdominal liberando adherencias de saco herniario. Se procede a disección del ángulo de Hiss e individualización del esófago tutorizado mediante Penrose. Se confecciona pouch gástrico con 4 cargas de sutura lineal mecánica. Se introduce sonda orogástrica con cabezal para anastomosis mecánica circular y se realiza el cierre posterior de pilares mediante puntos simples. Posteriormente, se identifica ángulo de Treitz y se secciona asa yeyunal a 60cm del mismo. Se amplía incisión de flanco izquierdo para realización de anastomosis T-L circular mecánica y se realiza test de fuga con azul de metileno. Se procede a cierre del Petersen y se realiza pie de asa mediante anastomosis yeyuno-ileal L-L mecánica a 180cm de la gastroyeyunal. Se completa el cierre diafragmático mediante el cierre anterior de los pilares. La intervención tuvo una duración de 180 minutos. La paciente presentó un postoperatorio sin incidencias siendo alta a las 48 horas. Durante el seguimiento se realiza tránsito que evidencia resolución de la hernia diafragmática. A los 12 meses de la intervención, la paciente presenta un IMC de 26 y no presenta recidiva de la hernia diafragmática.

**Conclusiones:** La reparación de hernia de hiato asociada a cirugía bariátrica es una opción segura y factible.

La cirugía conjunta es una opción de tratamiento a tener en cuenta en pacientes con obesidad que presentan hernia de hiato concomitante ya que mejora la sintomatología de reflujo favoreciendo la pérdida ponderal, así como la reducción de la morbilidad asociada a la obesidad.

V-29

## Cirugía de revisión de gastrectomía tubular a bypass gástrico por estenosis de la plastia y reflujo

**Luis Oliver García, Ginamar El Haddad Jaouiche, Esperanza Macarena Vargas Cascón, Sofia Moreno Peñuelas, Paula Miguelez Sierra, Fernando García Sanchez, Ingrid Roselia Ávila Alarcón, Maria Isabel Alarcón González.**  
**Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, España.**

**Objetivos:** El objetivo del video es describir la cirugía de revisión por estenosis de la plastia tras gastrectomía tubular. Las complicaciones mecánicas tras la gastrectomía tubular son frecuentes, siendo su incidencia entre el 0,6% y el 4%. Las indicaciones más frecuentes de cirugía de revisión por complicación mecánica son la ERGE (40,5%) y la estenosis (31%). La gran mayoría de las estenosis se encuentran a nivel de la incisura del estómago y algunos estudios la relacionan con el refuerzo de la línea de grapado.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de una mujer de 53 años, diabética, con IMC de 51. Se interviene de gastrectomía tubular laparoscópica, realizando sección gástrica mecánica sobre sonda de Faucher calibre 36 e invaginación de la línea de grapas con sutura barbada irreabsorbible. Durante el seguimiento la paciente se encuentra asintomática, presenta buena evolución ponderal y resolución de la diabetes, sin embargo, en el tránsito esofagogastroduodenal se objetiva importante reflujo y estenosis a nivel de la incisura del estómago y en la endoscopia digestiva alta se describe esofagitis, importante reflujo y acodamiento a nivel del cuerpo medio del estómago. Se decide conversión a bypass para solucionar el problema del reflujo y la estenosis.

**Resultados:** Se realiza cirugía de revisión por laparoscopia, observando estenosis de la gastrectomía tubular inmediatamente inferior a la pata de ganso con dilatación del estómago anterior al mismo. Se realiza conversión a bypass gástrico confeccionando el reservorio proximalmente a la zona de estenosis. La paciente presenta buena evolución postoperatoria y se cursa de alta al cuarto día postoperatorio.

**Conclusiones:** La endoscopia digestiva alta y el tránsito esofagogastroduodenal son las mejores herramientas para el diagnóstico de la estenosis tras gastrectomía vertical. La conversión de gastrectomía vertical a bypass está considerada el tratamiento definitivo de las estenosis.

V-30

## By-pass gástrico urgente por perforación gástrica tras endosleeve (técnica apollo)

**Itziar De Ariño Hervas, Amador Garcia Ruiz De Gordejuela, Maria Iraola Fernandez De Casadevante, Laura Martí Gelonch, Iñigo Augusto Ponce, Emma Eizaguirre Letamendia, Miren Padilla Otamendi, Ainhoa Echeveste Varela, Jose Ignacio Asensio Gallego, Jose Maria Enriquez Navascues.**  
**Hospital Donostia, San Sebastián, España.**

**Objetivos:** El tratamiento endoscópico de la obesidad es un campo en continua evolución en los últimos años y cada vez son más las técnicas descritas. El beneficio se debe a la disminución de morbilidad comparándolas con las técnicas quirúrgicas conocidas y convencionales. Sin embargo, son procedimientos relativamente nuevos y con resultados a corto y largo plazo aún desconocidos. El objetivo de presentar este caso clínico es mostrar una de las posibles complicaciones inmediatas tras un procedimiento endoscópico (Endosleeve, técnica Apollo) y enfatizar la dificultad del diagnóstico y manejo de la misma.

**Material y métodos:** Se presenta el caso de una mujer de 33 años que acude a urgencias a las 12 horas de haberse sometido a un Endo-sleeve gástrico (técnica Apollo). Se describe el proceso diagnóstico y se presenta el vídeo de la intervención quirúrgica urgente. Tras revisar la literatura, apenas hay publicados casos con complicaciones de este tipo que requieran una cirugía urgente.

**Resultados:** La paciente refiere dolor abdominal intenso desde el procedimiento y refractario a analgesia oral. Presenta fiebre de hasta 38,4°C y taquicardia (101 lpm). El abdomen es doloroso a la palpación en hemiabdomen superior con defensa y signos de irritación localizada. Ante elevación de parámetros infeccioso-inflamatorios (PCR 90 y leucocitosis de 20.500) y coagulopatía leve (INR 1,4), se realiza un TC urgente objetivándose una perforación de 5 mm en cara anterior gástrica, neumomediastino, neumoperitoneo y líquido libre peritoneal. Ante los hallazgos y persistencia de sintomatología, se decide intervenir a la paciente de carácter urgente.

Mediante abordaje laparoscópico se accede a cavidad abdominal y se objetiva Endosleeve gástrico con puntos transmurales que cogen el peritoneo de pared anterior del abdomen. Todo ello conlleva perforación gástrica de cara anterior y peritonitis seropurulenta en hemiabdomen superior. El estómago se encuentra muy desestructurado en relación a la técnica previa. Se desestima realizar sutura simple y sleeve gástrico y se decide conversión a by-pass gástrico. Se realiza by-pass con asa alimentaria de 120 cm y asa biliar de 80 cm y resección del estómago excluido. El posoperatorio transcurre favorablemente y la paciente es dada de alta el 10º día posquirúrgico.

**Conclusiones:** El diagnóstico de este tipo de complicaciones puede suponer un reto ya que la presencia de neumoperitoneo y neumomediastino las primeras horas tras el procedimiento son habituales. Por lo tanto, la perforación gástrica secundaria a los puntos transmurales debe incluirse en el diagnóstico diferencial, ya que la peritonitis secundaria puede poner en riesgo la vida del paciente y será necesario realizar revisión quirúrgica urgente.

La morbilidad asociada a las técnicas endoscópicas no es aún conocida, al igual que desconocemos el porcentaje de pérdida de peso a largo plazo, por lo que son necesarios estudios y revisiones a largo plazo que recojan los resultados de estas técnicas.

V-31

## **Bypass gástrico con resección del remanente en paciente con reflujo biliar y múltiples antecedentes bariátricos**

**María Hernández O'reilly<sup>1</sup>, Esther Ferrero Celemín<sup>1</sup>, José Daniel Sánchez López<sup>1</sup>, Fátima Sánchez-Cabezudo Noguera<sup>1</sup>, José María Gil López<sup>1</sup>, Mariana García Virosta<sup>1</sup>, Carmen Rodríguez Haro<sup>1</sup>, Inmaculada Mellado Sánchez<sup>1</sup>, Younes Abadi<sup>2</sup>, Antonio Luis Picardo Nieto<sup>1</sup>.**

**<sup>1</sup>Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes, España; <sup>2</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.**

Presentamos el caso de una mujer de 58 años con múltiples antecedentes de cirugía abdominal entre los que destacan un balón gástrico (BIG) en 2009, plicatura endoscópica gástrica (método POSE) en 2011, nuevo BIG en 2013 que migró a íleon produciendo una obstrucción intestinal que requirió con enterotomía a través de laparotomía. Gastrectomía vertical (GV) en 2016.

La paciente acude a consulta, con un IMC de 30, por dolor abdominal postprandial con vómitos continuados, pirosis y disfonía. El estudio esofagogastroduodenal muestra hernia de hiato y marcado reflujo gastroesofágico (RGE) espontáneo. La endoscopia confirma la hernia hiatal, así como el estómago tubulizado con lago biliar y pangastritis superficial. La pH-metría demuestra RGE de intensidad moderada, con De Meester 55,47, y un tiempo de exposición a Ph <4 de 16,1%. Se realiza una HIDA ante la sospecha de reflujo biliar en el remanente gástrico como complicación de las múltiples intervenciones previas. Tras la administración i.v. del radiotrazador, mebrofenina marcada con [ <sup>99m</sup>Tc], con una actividad de 222 MBq, se adquieren imágenes dinámicas donde se observa una adecuada y homogénea distribución del radiotrazador en el parénquima hepático, la vía biliar y, más adelante al intestino delgado, apreciándose una fuga en el borde inferior del lóbulo hepático izquierdo. Posteriormente, se adquirió estudio SPECT/CT de abdomen, mostrando fuga biliar a remanente gástrico.

La paciente fue intervenida por vía laparoscópica realizando un bypass junto con gastrectomía del estómago remanente. La paciente fue dada de alta a las 48 horas sin complicaciones.

V-32

## Bypass gástrico laparoscópico como técnica anti-reflujo en pacientes con erge, hernia de hiato e IMC > 35

**Marta López Otero, Isabel Otero Martínez, Ignacio Maruri Chimeno, María Hermelinda Pardellas Rivera, Sonia González Fernández, Patricia Jove Alborés, Raquel Sánchez Santos.**

**Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.**

**Objetivos:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) refractaria a tratamiento médico y asociada o no a hernia de hiato es una patología habitual en las consultas a Cirugía General. Dentro de las técnicas disponibles, la funduplicatura total o parcial asociada a un cierre de pilares suele ser la opción habitual, pero ¿Qué ocurre con los pacientes que, además de reflujo gastroesofágico, presentan obesidad?

**Material y métodos:** Presentamos en formato vídeo el caso de una paciente de 64 años remitida a consultas externas de Cirugía General tras estudio por anemia microcítica secundaria a una gran hernia de hiato con enfermedad por reflujo gastroesofágico asociada.

A nuestra valoración objetivamos que la paciente, además del diagnóstico previo, presenta obesidad grado II (IMC 37.3 Kg/m<sup>2</sup>) y múltiples comorbilidades (DM, HTA, DL, SAHS, artropatía por sobrecarga y síndrome depresivo).

Dadas las características de la paciente (Hernia de hiato, ERGE e IMC > 35 Kg/m<sup>2</sup>), habiendo hecho un estudio funcional completo y tras presentar el caso en comité multidisciplinar, se propone cirugía bariátrica.

**Resultados:** La paciente es sometida a un bypass gástrico laparoscópico asociando una reducción y resección del saco herniario y un cierre de pilares. De esta forma se beneficiará de una técnica bariátrica que permite la pérdida de peso y mejoría de sus comorbilidades corrigiendo además su hernia diafragmática y su clínica de reflujo gastroesofágico.

La intervención transcurre sin incidencias y la paciente inicia movilización precoz y tolerancia progresiva a las 6 horas del procedimiento dentro del protocolo fast-track. No presenta complicaciones postoperatorias y es dada de alta al 3er día postoperatorio con seguimiento ambulatorio por parte de Cirugía y Endocrinología.

Seis meses tras la cirugía, la paciente objetiva una pérdida de peso progresiva adecuada (IMC 28), correcta tolerancia oral, ausencia clínica de reflujo y normalización analítica sin datos de anemia.

### **Conclusiones:**

El bypass gástrico laparoscópico es una alternativa quirúrgica segura y eficaz a tener en cuenta en pacientes que presentan enfermedad por reflujo gastroesofágico con IMC > 35 Kg/m<sup>2</sup>, especialmente cuando asocian comorbilidades metabólicas.

V-33

## **Transposición ileal asociada a gastrectomía vertical como opción terapéutica para la diabetes mellitus tipo II de difícil manejo**

**Sergio González Hernández, Ruben Casanova Ramos, Beatriz Guil Ortiz, Alberto Montes Montero, Diana Rodriguez Gonzalez, Ivan Jesus Arteaga Gonzalez.  
Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.**

La transposición ileal es una técnica de cirugía metabólica que actúa sobre las hormonas liberadas en el tracto digestivo. Esto se consigue mediante la estimulación precoz del intestino delgado distal gracias a la interposición de un segmento de ileon distal en yeyuno proximal. Debido a estos cambios, se produce un aumento de síntesis del péptido YY y del GLP-1, así como una disminución de la síntesis de grelina. Esto se traduce en un efecto anorexígeno y un metabolismo de la glucosa mucho más óptimo.

El caso que presentamos es el de una mujer de 58 años con obesidad de tipo I y diabetes mellitus de tipo II con mal control a pesar de unos correctos hábitos higiénico-dietéticos y a tratamiento médico con insulina, antidiabéticos orales y semaglutida inyectable. Tras valorar el caso en el comité de cirugía bariátrica y metabólica se decide proponer a la paciente esta intervención quirúrgica asociada a una gastrectomía vertical. Tras la cirugía la paciente es dada de alta a los 3 días sin incidencias.

La transposición ileal es una técnica eficaz y segura para el manejo de la diabetes mellitus tipo II de difícil manejo, pero dada la escasa bibliografía y los pocos datos de resultados o efectos adversos a largo plazo no se recomienda su uso de manera generalizada. Sin embargo, en casos seleccionados puede ser de gran utilidad. Además, una de las ventajas que ofrece esta cirugía es un efecto metabólico sin producir malabsorción intestinal.

V-34

## Manejo de hernia de hiato sintomática tras bypass gástrico

**Javier Cuevas-Toledano, Antonio Morandeira-Rivas, Jerónimo Riquelme-Gaona, Juan Bautista Muñoz-De La Espada, Gabriela Rojas-De La Serna, Elena Fernández-Menor De Santos, Carlos Moreno-Sanz.**

**Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.**

**Objetivos:** El bypass gástrico es uno de los procedimientos más frecuentemente utilizados en cirugía bariátrica, y una de las técnicas de elección en caso de que exista enfermedad por reflujo gastroesofágico asociado. Presentamos el caso de una herniación del reservorio gástrico tras realización de un bypass.

**Material y métodos:** Mujer de 67 años, con antecedentes personales de obesidad mórbida (IMC 49 kg/m<sup>2</sup>), enfermedad por reflujo gastroesofágico, hipertensión arterial, síndrome de apnea hipopnea del sueño leve y gonartrosis. La paciente fue intervenida en 2013 realizándose bypass gástrico e hiatorrafia. En el seguimiento posterior presenta resolución de hipertensión arterial, y un porcentaje de peso total perdido del 36 %. En septiembre de 2021, comienza con disfagia progresiva para sólidos, motivo por el cual se realizan las siguientes pruebas complementarias: Gastroscoopia sin hallazgos significativos.

TAC con contraste: voluminosa hernia de hiato paraesofágica que contiene el reservorio, la anastomosis gastroyeyunal, y parte del remanente gástrico excluido, con paso de contraste adecuado al yeyuno.

**Resultados:** Se decide exploración laparoscópica, confirmándose el diagnóstico de hernia de hiato con herniación del reservorio. Se procede a la reducción del contenido herniario, disección, y exéresis del saco herniario y descenso del esófago distal con hiatorrafia anterior y posterior. Presenta una buena evolución postoperatoria, que permite el alta hospitalaria al 2º día con buena tolerancia oral.

**Conclusiones:** La herniación del reservorio tras bypass gástrico es una complicación infrecuente, que suele aparecer años después de la intervención quirúrgica. La presencia de síntomas como disfagia, regurgitaciones o dolor retroesternal, suelen indicar la necesidad de intervención quirúrgica.

V-35

## Manejo intraoperatorio de desgarró de pouch gástrico en la confección de bypass. Estrategia quirúrgica y opciones terapéuticas

**Daniel Herms, Ramon Vilallonga, Clara Pañella, Anna Ciscar, Oscar Gonzalez, Martin Huerta, Maria Del Mar Dalmau, Danilo Acevedo, Manel Armengol, Vanesa Flores.**

**Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España.**

**Introducción:** El bypass gástrico es una de las intervenciones quirúrgicas de cirugía bariátrica más realizadas. Gracias a la estandarización de la técnica y el mayor número de intervenciones realizadas, el bypass gástrico es una técnica segura con tasas muy bajas de morbi-mortalidad. Existe la posibilidad de dificultades o complicaciones intraoperatorias como el sangrado, la perforación etc. Otras pueden requerir reintervención como son la estenosis de la anastomosis gastro-yeyunal úlcera de la boca anastomótica, disrupción de la línea de grapas. Una complicación intraquirúrgica poco frecuente es el desgarró del reservorio gástrico durante la confección del bypass. Un desgarró inadvertido o no reparado puede dar lugar a fuga gástrica, requiriendo reintervención urgente del paciente.

**Objetivo:** El objetivo es presentar un caso de perforación gástrica y mostrar una técnica quirúrgica para el manejo del desgarró del estómago en la confección del bypass gástrico presentando un vídeo del procedimiento.

### **Material y método. Caso clínico.**

Presentamos el caso de un varón de 63 años con obesidad mórbida y reflujo gastro-esofágico que fue sometido a bypass gástrico. Durante la disección del estómago para la confección del pouch, se produce un desgarró del estómago de unos 5cm de defecto. Tras valorar las posibles alternativas quirúrgicas para restituir la integridad del mismo, se optó por reconstruir el defecto de lateral a medial con una sutura barbada de ethibon al realizar la anastomosis gastro-yeyunal. En el video se muestran los aspectos técnicos del procedimiento.

### **Resultado**

El paciente fue dado de alta a su domicilio a los 4 días sin complicaciones en el postoperatorio. El seguimiento ha sido favorable con adecuada pérdida ponderal y sin haber presentado complicaciones tardías.

Una de las alternativas quirúrgicas válida hubiera estado continuar con la disección del estómago en dirección craneal, disminuyendo su tamaño y realizando disparo horizontal con la grapadora mecánica para confección del reservorio resecaando la parte abierta con el cierre de las grapas del remanente o bien realizar una confección de anastomosis gastro-yeyunal completamente manual.

**Conclusión:** El desgarró del estómago durante la confección del reservorio gástrico es una complicación poco frecuente pero muy temida incluso en manos expertas, por lo que es necesario conocer diferentes estrategias terapéuticas disponibles para el manejo de la complicación.

V-36

## Fistula crónica gástrica persistente tratada con tubo en "T" de Kehr: utilidad de la endoscopia intraoperatoria

**Miguel Lladró Esteve Esteve, Leire Otalora, Ivan Cordovés, David Castrodá, Miguel Pascual, Antonia Brox, María Artime, Lara Pérez, Elena Lois, Alberto Parajó.**  
**H, Montecelo, Pontevedra, España.**

**Introducción:** En la actualidad la gastrectomía vertical (GV) es el procedimiento bariátrico más realizado a nivel mundial. A pesar de sus excelentes resultados en cuanto, a la pérdida de peso y resolución de comorbilidades, es una técnica no exenta de complicaciones potencialmente graves. La complicación más temida de esta técnica es la fístula cuyo porcentaje varía entre el 0,5-5,3%. Presentamos el caso de una fístula gástrica crónica tras GV persistente a pesar de utilizar varias terapias endoscópicas que finalmente se resolvió con la colocación por vía laparoscópica de un tubo en "T" de Kehr.

**Material y métodos:** Se presenta el caso clínico con iconografía y el video de la última intervención.

**Resultados:** Mujer de 49 años con un IMC de 37kg/m<sup>2</sup> hipertensa y con dislipemia a la que se realiza una gastrectomía vertical laparoscópica sin incidencias. Acude a urgencias al séptimo día posoperatorio con dolor abdominal y signos de sepsis. Se realiza TC abdominal evidenciándose colecciones perigástricas adyacentes a la línea de grapas, en el tercio proximal. Se reinterviene de manera urgente por vía laparoscópica, se realiza drenaje y lavado de las colecciones, sin objetivar fuga-fistula tras comprobar la estanquidad con azul de metileno y aire. Se coloca un drenaje de Blake y una yeyunostomía de alimentación. Posteriormente se realiza tránsito-TC dirigido que confirma una fístula gástrica próxima a la unión esófago-gástrica, en el ángulo de His. Tras más de 60 días de ingreso y varios intervencionismos endoscópicos: intento de colocación de eso-sponge, prótesis, drenajes de pig-tail persiste la fístula y la colección. Se decide reintervenir nuevamente de manera urgente por migración intrabdominal del pig-tail endoluminal. Se realiza por vía laparoscópica desbridamiento de la colección, es dificultoso identificar los límites del orificio fistuloso debido a la cronicidad/fibrosis generada. Resultó de gran utilidad la realización intraoperatoria de una gastroscopia, tras identificar el orificio se coloca un tubo en "T" de Kehr del 16 y drenaje ambiente de Blake. Tras 4 meses de la cirugía se comprueba con TC-tránsito sellado completo de la fístula y se retira el tubo en "T".

**Conclusiones:** A pesar de haberse descrito múltiples estrategias para el tratamiento de las fístulas gástricas, ningún algoritmo terapéutico termina de estandarizarse. Hemos tenido buenos resultados con la colocación de un tubo en "T" de Kehr para tratar fístulas gástricas subagudas tras GV. Sin embargo, nunca habíamos realizado esta técnica en una fístula tan persistente y crónica. Es muy importante y fundamental la colaboración de los endoscopistas en el tratamiento de esta complicación.

V-37

## Bypass gástrico en y de roux totalmente robótico tras funduplicatura de collis-nissen previa

**Albert Caballero Boza, Pau Moreno Santabárbara, Jordi Tarascó Palomares, Laura Lopez Vendrell, Mauricio Parrales, Eva Martínez, Silvia Pellitero, Jose María Balibrea Del Castillo.**

**Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.**

**Obejtivos:** Presentar el caso de un paciente programado para RYGBP, con antecedentes previos de funduplicatura laparoscópica tipo Collis-Nissen en 2017.

**Material y métodos:** Mujer de 57 años, con un índice de masa corporal (IMC) de 40,8 kg/m<sup>2</sup>, con antecedentes de espina bífida, hernia hiatal gigante tratada mediante funduplicatura tipo Collis-Nissen y colecistectomía laparoscópica secundaria a colelitiasis, ambas en 2017.

La paciente fue sometida a RYGBP mediante la plataforma modelo Da Vinci Xi®.

**Resultados:** El paciente fue colocado en la mesa quirúrgica modelo Da Vinci Xi® en posición de Trendelenburg inverso 20°, con piernas abiertas y brazos en aducción completa. Se colocó un retractor hepático de Nathanson en la región epigástrica. Se realizó adhesiolisis difícil. Se llevó a cabo la disección y liberación de la funduplicatura de Collis-Nissen previa, así como la resección de la cuña del fundus utilizando Signia™ Tri-Staple™ Endo-GIA. Se creó una bolsa gástrica de 50 cc utilizando una bougie Faucher de 34 Fr como calibrador. Se realizó una anastomosis gastroyeyunal de 2,5 cm a 80 cm del ángulo de Treitz y, posteriormente, se creó un asa alimentaria de 150 cm. El tiempo quirúrgico total fue de 360 min. No hubo complicaciones ni durante ni después de la cirugía, el paciente fue dado de alta al segundo día postoperatorio.

**Conclusiones:** La conversión de cualquier cirugía antirreflujo a cirugía bariátrica puede ser un reto. El abordaje mediante plataformas robóticas no sólo es factible, sino que facilita en gran medida el procedimiento. Debido a la limitada experiencia con este tipo de procedimiento hasta el momento, este tipo de cirugías requieren tiempos quirúrgicos más largos.

V-38

## **Bypass gástrico en Y de Roux robótico con control endoscópico intraoperatorio tras POSE previo fallido**

**Albert Caballero Boza, Jordi Tarascó Palomares, Laura Lopez Vendrell, Mauricio Parrales, Pau Moreno, Eva Martínez, Silvia Pellitero, Jose María Balibrea Del Castillo.**

**Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.**

**Objetivos:** Presentar el caso de un Bypass gástrico en Y de Roux robótico con control endoscópico intraoperatorio para identificar las suturas POSE previas y guiar la creación del reservorio gástrico.

**Métodos:** Una paciente de 40 años con un índice de masa corporal (IMC) = 43,1 kg/m<sup>2</sup> y antecedentes de POSE en 2010, se le planificó una RTR RYGP con endoscopia intraoperatoria. Se utilizó un modelo Da Vinci Xi® y no se precisó asistencia laparoscópica ni cambio de posición de la mesa quirúrgica.

**Resultados:** A la paciente se le planificó una RTR RYGP con gastroscopia intraoperatoria. La paciente estaba posición de Trendelenburg inversa de 20° durante el procedimiento, con las piernas abiertas y los brazos en aducción completa. Todos los trócares eran robóticos. En primer lugar, se revisó la unión esofagogástrica (EGJ) y se liberó el ángulo de Hiss. A continuación, se realizó una gastroscopia intraoperatoria para localizar e identificar las suturas y plicaturas del POSE anterior. Se creó un reservorio de 50 cc bajo la supervisión del endoscopista sin incluir ninguna sutura previa con Sureform Endo-stapler. A continuación, se completó el procedimiento configurando un asa biliopancreática de 80 cm y un asa digestiva de 150 cm.

Finalmente, no hubo complicaciones durante ni después de la intervención, y la paciente fue dada de alta al tercer día postoperatorio.

**Conclusiones:** La combinación del uso de plataformas robóticas y la endoscopia intraoperatoria hace que la la conversión a bypass gástrico en Y de Roux tras POSE fallido mucho más fácil y segura.

V-39

## **Cirugía bariátrica revisional: conversión de gastrectomía vertical a cruce duodenal asociando dermolipectomía higiénica**

**Andrea De Miguel Pérez, Jordi Pujol Gebelli, Sergi Sánchez Cordero, Ruth López González, Jordi Castellvi Valls.**  
**Consorci Sanitari Integral - Hospital de l'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat, España.**

La cirugía bariátrica revisional es un procedimiento quirúrgico que se realiza en pacientes que previamente han sido sometidos a una cirugía bariátrica y han experimentado complicaciones o no han alcanzado los resultados deseados. Es un procedimiento complejo que requiere una evaluación cuidadosa y un enfoque individualizado para cada paciente, ya que los factores que contribuyen a las complicaciones y la falta de éxito varían de un paciente a otro.

El objetivo trata de mostrar la técnica quirúrgica del cruce duodenal con sección de la arteria pilórica, asociando una dermolipectomía higiénica en el contexto de cirugía bariátrica revisional.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 48 años con antecedentes de gastrectomía vertical y colecistectomía laparoscópicas en 2014, con hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, y síndrome del ovario poliquístico. No presenta ERGE. Presenta IMC máximo/actual de 59/51 kg/m<sup>2</sup> y un peso máximo/actual de 167/142 kg, con una talla de 167cm.

Se muestra la técnica quirúrgica empleada, bajo técnica laparoscópica, en la que se realiza la disección gástrica y duodenal, sección de la arteria pilórica, sección duodenal, contaje de asas de intestino delgado a partir de la válvula ileocecal, marcaje del inicio del asa alimentaria y anastomosis manual duodeno ileal de cuatro capas, confección de pie de asa con anastomosis mecánica, cierre de orificios herniarios internos y comprobación de estanqueidad con azul de metileno y aire. Posteriormente se muestran imágenes de la técnica realizada para la dermolipectomía higiénica.

Es importante tener en cuenta que la sección de la arteria pilórica también puede tener algunos riesgos potenciales, como la posibilidad de desarrollar úlceras gástricas o de presentar complicaciones relacionadas con el flujo sanguíneo en el área tratada. Sin embargo, gracias ello, creemos que ofrece una anastomosis libre de tensión y más segura. Asociamos asimismo una dermolipectomía higiénica de entrada para aumentar la calidad de vida de la paciente.

Si bien la cirugía bariátrica revisional conlleva ciertos riesgos y complicaciones, puede ser una opción efectiva para aquellos pacientes que no han logrado los resultados deseados con la cirugía bariátrica inicial. Con la adecuada preparación y seguimiento, la cirugía bariátrica revisional puede ayudar a los pacientes a lograr una pérdida de peso significativa y a mejorar su salud y calidad de vida.

V-40

## Gastrectomía vertical miniinvasiva a 3 trócares con y sin asistencia de sutura barbada

**Lucía González González, Beniamino Pascotto, Rosa González Martín, Ismael Maoujoud, Martine Goergen, Juan Santiago Azagra Soria.**  
**Centre Hospitalier Luxembourg, Luxembourg, Luxemburgo.**

**Objetivo:** Mostrar la técnica quirúrgica de la gastrectomía vertical con tres trócares por laparoscopia.

**Material y métodos:** Material audiovisual obtenido de nuestro centro con el consentimiento informado por parte de los pacientes.

**Resultados:** La gastrectomía vertical a tres trócares es una técnica estandarizada en nuestro centro tanto por laparoscopia como por cirugía robótica. Durante el preoperatorio los pacientes realizan una dieta hipocalórica de yogurt con el objetivo de disminuir la hepatomegalia. Si el hígado es de un tamaño adecuado, con una sola gasa colocada debajo del lóbulo hepático izquierdo, la intervención se puede realizar sin ninguna otra asistencia. En caso de encontrar una hepatomegalia procedemos a la colocación de un hilo barbado de 30 o 45 cm. Se fija con un primer punto al diafragma a la izquierda del ligamento falciforme, con un segundo punto en la parte alta del pilar derecho del diafragma y posteriormente de nuevo al diafragma a la derecha del ligamento falciforme de forma que separa el hígado haciendo una "V" compartiendo la tensión entre los dos palos de la "V".

Al no utilizar una pinza asistente para separar el epiplon disminuimos el efecto de "tracción-contratracción" de dos manos diferentes con el riesgo que puede conllevar de sangrado de los vasos cortos.

Los pacientes inician la tolerancia oral el día de la intervención y se van de alta el primer día postoperatorio si la tolerancia oral es adecuada y la analítica de sangre es normal (PCR menor de 80 y menos de 18.000 leucocitos).

**Conclusiones:** La gastrectomía vertical con tres trocares es una técnica segura y eficiente. No aumenta el tiempo quirúrgico ni la estancia hospitalaria.

V-41

## Conversión de cirugía de salmon a bypass gástrico en y de roux laparoscópico

**María Iraola Fernández De Casadevante<sup>1</sup>, Amador García Ruiz De Gordejuela<sup>1</sup>, Itziar De Ariño Hervas<sup>1</sup>, Ainhoa Echeveste Varela<sup>1</sup>, Laura Martí Gelonch<sup>1</sup>, Oscar González López<sup>2</sup>, Ainitze Ibarzabal Olano<sup>2</sup>, Enric Caubet Busquet<sup>2</sup>, Jose Ignacio Asensio Gallego<sup>1</sup>.**

**<sup>1</sup>Hospital Universitario Donostia, Donostia, España; <sup>2</sup>Clínica Diagonal Esplugues de Llobregat, Barcelona, España.**

**Objetivos:** La cirugía de revisión de procedimientos bariátricos quirúrgicos llevada a cabo por una complicación derivada de la primera cirugía conlleva complejidad técnica. El objetivo de este video es presentar los aspectos quirúrgicos claves para la conversión de una gastroplastia vertical anillada tipo Salmon en un bypass gástrico en Y de Roux (BGYR).

**Material y métodos:** Se presenta el caso de un varón de 57 años, sometido a cirugía bariátrica tipo Salmon en 1999. El paciente presenta disfagia, habiendo precisado de varias dilataciones endoscópicas y clínica de reflujo, se objetiva esofagitis grado C de nueva aparición. Se completa el estudio preoperatorio, decidiéndose la realización de conversión a BGYR.

**Resultados:** La cirugía tuvo una duración de 250 minutos. La estrategia de la cirugía consistió en la construcción un nuevo reservorio gástrico, realizando la exéresis del fundus gástrico y reconstrucción del mismo mediante una nueva anastomosis gastroyeyunal.

Se realizó la cirugía por vía laparoscópica, precisando de una extensa adhesiolisis. Se liberó el asa eferente de intestino delgado del reservorio gástrico y construyó un nuevo reservorio superior al anillo gástrico y medial a la gastroplastia vertical de forma mecánica lineal. Se confeccionó una nueva anastomosis gastroyeyunal lineal mecánica antecólica. Se cerró la brecha transmesocólica del asa alimentaria previa y del espacio de Petersen. Se colocó un drenaje plano multiperforado posterior a la anastomosis gastroyeyunal. El paciente fue dado de alta hospitalaria el 4<sup>º</sup> día postoperatorio. Actualmente, dos años tras la cirugía de revisión, el paciente se encuentra asintomático.

**Conclusiones:** La técnica de Salmon es un procedimiento infrecuente y en desuso actualmente. La cirugía de conversión, si bien es técnicamente demandante, es un tratamiento efectivo para la resolución del reflujo y esofagitis derivadas de la misma. Conviene conocer la técnica quirúrgica y aspectos técnicos principales para su conversión en BGYR.

V-42

## Transición en la cirugía bariátrica de revisión: de la cirugía laparoscópica a la robótica

**Rafael González-Costea Martínez, Elena Crespo Álvarez, Elena Romera Barba, Nuria Torregrosa Pérez, María Inmaculada Navarro García, Cristobal Perán Fernández, Cecilia Gijón Román, Beatriz Gómez Molina, Virginia Casado García, Clara Giménez Francés.**

**Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España.**

**Objetivos:** La gastrectomía vertical se ha convertido en la intervención bariátrica más realizada en el mundo debido a sus excelentes resultados y baja tasa de complicaciones. Sin embargo, este procedimiento restrictivo presenta como complicaciones fracasos de la pérdida ponderal (pérdida insuficiente, <50% a los 2 años de la cirugía, o aumento de peso después de una pérdida inicial) con tasas que oscilan entre el 10-40% y, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Una vez existe dicha falta de respuesta a la primera cirugía bariátrica, es el momento de plantearse una Cirugía de Revisión. Debido a la pandemia de obesidad han aumentado el número de cirugías bariátricas, lo que conlleva que la Cirugía de Revisión sea cada vez más frecuente y se haya convertido en una parte importante del trabajo de las unidades de Cirugía Bariátrica. La gastrectomía vertical es la técnica bariátrica que se realiza con mayor frecuencia y es por ello que la conversión de dicha intervención a bypass gástrico sea una de las Cirugías de Revisión más efectuada hasta la fecha. En el vídeo que presentamos mostramos la transición de la técnica quirúrgica de la cirugía laparoscópica a la robótica.

**Material y métodos:** La implementación de las técnicas laparoscópicas ha supuesto un beneficio y un aumento impresionante en el número de procedimientos bariátricos totales realizados. El avance tecnológico ha supuesto nuevas formas de operar a los pacientes bariátricos, y es por ello que con la aparición de la cirugía asistida por robot podemos definir ciertas diferencias a la hora de realizar las mismas intervenciones quirúrgicas. El vídeo que mostramos hace un repaso de la transición que se ha obtenido en los últimos años con los avances de la tecnología sanitaria.

**Resultados:** En primer lugar, hacemos un breve repaso de las diferencias existentes entre las tres últimas técnicas quirúrgicas utilizadas hoy en día. Hacemos hincapié en la transformación de la técnica laparoscópica a la técnica combinada (laparoscopia y robótica) y finalmente, a la técnica robótica pura.

En segundo lugar, debemos resaltar las diferentes anastomosis empleadas en virtud de las técnicas anteriormente nombradas. En un primer momento, el empleo de las suturas circulares (OrVil™), posteriormente, las mecánicas lineales, y finalmente, gracias a las facilidades que ofrece la cirugía robótica, las suturas manuales.

**Conclusiones:** En las últimas décadas hemos asistido a un gran avance tecnológico que no ha pasado desapercibido en la Cirugía de revisión bariátrica. Es destacable la importancia de la evolución de la cirugía laparoscópica y la transición a la cirugía asistida por robot, lo que probablemente conlleve a una disminución de las tasas de complicaciones asociadas a estas cirugías.

V-43

## Reversión a anatomía normal en síndrome de Lynch asistido por Davinci

Marien Tamayo Rodríguez, Maria Valero Soriano, Jose Maria Rodríguez, Isabel Jimenez, Pedro Lopez, Belen Agea, Sergio Del Valle, Miguel Gonzalez, Antonio Albarracin.  
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.

**Introducción:** El síndrome de Lynch o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis se caracteriza por la aparición tumores colorrectales en pacientes jóvenes y en varias generaciones de una misma familia. Además del cáncer colorrectal, existe una predisposición para otros tumores, principalmente endometrio, ovario, estómago, intestino delgado, páncreas, hígado, cerebro y uréteres.

**Material y y metodo y resultados:** Se presenta el caso de una mujer de 51 años, intervenida en 2010 por obesidad mórbida realizando un bypass gástrico laparoscópico, con asa alimentaria de 160 cm y asa biliopancreática de 60 cm. Partiendo de un IMC preoperatorio de 60,5 (peso de 179) se obtiene una pérdida de exceso de peso del 53%, con u IMC actual de 38.

En noviembre de 2022 se diagnostica de adenocarcinoma de colon derecho y síndrome de Lynch, y se realiza hemicolectomía derecha laparoscópica. La anatomía patológica informa de adenocarcinoma mucinoso infiltrante T2N0M0. En las revisiones la paciente presenta una elevación persistente del CEA hasta 17, con TC y colonoscopias normales. Se presenta en comité de tumores y se decide conversión del bypass gástrico a anatomía normal. El video muestra la cirugía de reversión vía laparoscópica asistida por Davinci; Se realiza disección e individualización de reservorio gástrico y se secciona el mismo, incluyendo la gastroyeyunostomía previa. Se confecciona una anastomosis gastrogástrica lineal de reservorio a estómago remanente. Tras esta anastomosis se procede a gastroscopia intraoperatoria para descartar tumores gástricos en el remanente no explorado. A continuación, se desmonta el pie de asa y se anastomosa el asa biliopancreática con el extremo del asa alimentaria. El postoperatorio transcurre sin incidencias, y la paciente es alta hospitalaria al segundo día postoperatorio.

Se ha realizado nueva endoscopia digestiva alta y TC abdominal y son normales. EL CEA ha disminuido a 11.

V-44

## Uso de verde de indocianina para la identificación de una fístula gastrogástrica en cirugía revisional de bypass gástrico

**Clara Pañella, Ramon Vilallonga, Ana Maria Ciscar, Oscar González, María Martínez, Manuel Cuadros, Mar Dalmau, Andreea Ciudin, Alba Zabalegui, Manuel Armengol.**  
**Hospital Vall de Hebron, Barcelona, España.**

**Introducción:** La fístula gastrogástrica (GG) rara vez se describe en la literatura bariátrica, sin embargo, puede aparecer después del bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) en torno al 0,1-6% en diferentes series.

**Objetivos:** El objetivo de este video es exponer el verde de indocianina como un recurso intraoperatorio que ayuda a reconocer las diferentes estructuras en cirugía bariátrica de revisión.

**Métodos:** Presentamos el caso de una mujer de 54 años intervenida de BGYR en el año 2008. Previamente presentaba un IMC de 54 Kg/m<sup>2</sup> con un resultado de pérdida de peso excelente. En 2018, inicia clínica de vómitos con dolor y se le diagnostica una fístula GG mediante un tránsito intestinal. En consecuencia, se decide reintervenir en su centro de referencia. En esa primera cirugía, debido a las múltiples adherencias, solo se secciona el conducto de la fístula GG y también se realiza colecistectomía.

Posteriormente, en 2021, presenta de nuevo síntomas similares y se le diagnostica nuevamente de fístula GG mediante un tránsito intestinal y TC abdominal. Finalmente es remitida a nuestro hospital y se plantea gastrectomía parcial con restauración de la anastomosis gastroyeyunal (AGJ).

**Resultados:** Este video es un abordaje laparoscópico de revisión. En primer lugar, se realiza adhesiolisis del reservorio gástrico y del remanente gástrico (RG). En ese momento, se usa el verde de indocianina oral para identificar la fístula GG y se observa como claramente el verde de indocianina comunica a través del conducto de la fístula GG hacia el RG. Se secciona por encima de la AGJ y se realiza gastrectomía parcial del RG. La nueva AGJ se realiza manualmente a doble capa con test de azul de metileno para descartar fugas.

Durante el postoperatorio se mantiene estable sin fiebre y con dolor abdominal controlado. Requiere administración de hierro ev por hemoglobina postoperatoria de 9,4g/dl. El drenaje intrabdominal se retira al segundo día y la paciente es alta al tercer día.

**Conclusiones:** La cirugía bariátrica de revisión debe realizarse en centros de excelencia con cirujanos bien capacitados. Se deben considerar diferentes escenarios quirúrgicos para preparar la cirugía de revisión. El verde de indocianina oral puede ser un recurso intraoperatorio que permita realizar la cirugía con mayor seguridad.

V-45

## Cirugía revisional tras gastroplastia vertical anillada laparotómica. La importancia de conocer la anatomía técnica

**Marta López Otero, Ignacio Maruri Chimeno, Isabel Otero Martínez, María Hermelinda Pardellas Rivera, Sonia González Fernández, Patricia Jove Alborés, Irene Lages Cal, Raquel Sánchez Santos.**  
**Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.**

**Objetivos:** A medida que se ha normalizado la cirugía bariátrica como el tratamiento más efectivo y eficiente para la obesidad, ha aumentado el número de pacientes que han sido sometidos a este tipo de procedimientos, pero han obtenido un resultado peor de lo esperado en cuanto a pérdida ponderal o resolución de comorbilidades.

La intención de esta presentación es ejemplificar una cirugía bariátrica revisional tras el fallo de una técnica laparotómica poco habitual.

**Material y métodos:** Presentamos en formato vídeo el caso de una paciente de 59 años remitida a consultas externas de Cirugía General desde Endocrinología por obesidad mórbida tras gastroplastia vertical anillada laparotómica extramuros en el año 2000.

A nuestra valoración objetivamos que la paciente, además de no haber logrado una pérdida ponderal adecuada con la técnica realizada (IMC 41 Kg/m<sup>2</sup>), presenta comorbilidades mecánicas (artropatía por sobrecarga), metabólicas (dislipemia) y digestivas (ERGE postoperatorio).

En las pruebas preoperatorias realizadas se objetiva que la paciente presenta también una hernia de hiato de gran tamaño. Tras presentar el caso en comité multidisciplinar, se propone cirugía bariátrica revisional.

**Resultados:** Se realiza una adhesiolisis extensa, una gastrectomía parcial atípica resecano el fundus aislado en la gastroplastia previa y un bypass gástrico laparoscópico, asociando una reducción y resección del saco herniario y un cierre de pilares anteroposterior.

Incidentalmente se objetiva que la paciente presenta una malrotación intestinal con todo el intestino delgado intraperitoneal y localizado en el hemiabdomen derecho.

La intervención transcurre sin incidencias y la paciente inicia tolerancia progresiva en las primeras 24 horas dentro del protocolo fast-track. No presenta complicaciones postoperatorias y es dada de alta al 6º día PO con seguimiento ambulatorio por parte de Cirugía y Endocrinología.

En la revisión ambulatoria nueve meses tras la cirugía, la paciente objetiva una pérdida de peso progresiva adecuada (IMC 26 Kg/m<sup>2</sup>), correcta tolerancia oral y ausencia clínica de reflujo gastroesofágico.

**Conclusiones:** En pacientes con antecedente de cirugía bariátrica previa, especialmente aquellos intervenidos mediante acceso laparotómico, es imprescindible un conocimiento amplio de la técnica empleada y la anatomía resultante para minimizar la morbilidad en la reintervención. Es aconsejable que este tipo de cirugía sea llevada a cabo por cirujanos expertos con formación específica en cirugía bariátrica.

V-46

## Abordaje transcístico como tratamiento de coledocolitiasis. A propósito de un caso con cirugía gástrica previa

**Fátima Yasmina Lago Martínez, Javier Baltar, Fernando Santos, Daniel Fentes, Mariano Roqué, Aurelio Martís Sueiro, María Pardo, Cristian Gándara, Manuel Bustamante.**

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

**Objetivos:** La incidencia de formación de cálculos biliares tras la realización de un bypass gástrico es de aproximadamente un 30%. En la población general, el 10% de personas con colelitiasis presentan además coledocolitiasis. Aunque la CPRE es el procedimiento endoscópico más común para el tratamiento de la coledocolitiasis, estos pacientes con procedimientos de cirugía bariátrica previa presentan alteraciones en la anatomía del sistema gastrointestinal proximal, dificultando el acceso a la ampolla de Vater para la CPRE. Una de las opciones de tratamiento de los cálculos en el colédoco es la exploración quirúrgica laparoscópica y endoscópica, a través de un abordaje transcístico o transcoledociano.

**Material y métodos:** Varón de 37 años, con antecedentes de obesidad mórbida tratada con bypass gástrico, acude a urgencias por dolor abdominal y febrícula. Analítica con leucocitosis y desviación izquierda, bilirrubina de 2.9mg/dl a expensas de indirecta, transaminasas y enzimas de colestasis elevadas. Ante la sospecha de afectación vesicular o de vías biliares se realizó ecografía y TC abdominal, en donde se observaron datos de colecistitis aguda con dilatación del colédoco asociada a litiasis. Se inició antibioterapia presentando mejoría clínica con disminución de marcadores de inflamación y normalización de enzimas colestásicas. Se realizó posteriormente colangiograma en donde no se hallaron alteraciones.

A los dos meses, el paciente acudió de nuevo con la misma clínica y coluria. En la analítica presentaba leucocitosis con neutrofilia, bilirrubina total de 4.3mg/dl con 2.2mg/dl de directa, elevación de transaminasas y GGT. Ecografía abdominal: datos de colecistitis litiasica con vías biliares normales. Ante la sospecha de cole-coledocolitiasis se realizó una laparoscopia para colecistectomía y exploración endoscópica de la vía biliar principal. Tras confirmar la coledocolitiasis se extrajeron los cálculos por vía transcística tras fragmentación con láser. Finalmente se realizó colangiografía transcística en donde se objetivaron vías biliares íntegras, sin defectos de repleción y con buen paso de contraste al duodeno. Se dejó drenaje transcístico que se retiró postoperatoriamente de manera ambulatoria.

**Resultados:** El acceso al tracto biliopancreático tras un bypass gástrico supone un reto. Se han descrito múltiples métodos para solventar la imposibilidad de realizar una CPRE convencional en estos casos, como la CPRE laparoscópica o transgástrica, la asistida por gastrostomía, la asistida por dispositivo, etc. En nuestra opinión son complejos, no exentos de morbilidad y precisan generalmente de una colecistectomía.

El abordaje quirúrgico laparoscópico "clásico" de la vía biliar principal con recursos "modernos" (endoscopios finos, láser...) permite el tratamiento en un solo tiempo de la litiasis coledociana en los pacientes con exclusión duodenal previa. Además, resulta menos agresivo si se resuelve espontáneamente la coledocolitiasis, como es posible que sucediese previamente en este caso.

**Conclusiones:** En nuestra opinión, el abordaje quirúrgico laparoscópico y endoscópico de la vía biliar se adapta bien a los cambios anatómicos de estos pacientes y a las características dinámicas de esta patología.

Para cualquier acceso biliopancreático tras una cirugía que altere la anatomía, se recomienda una estrecha colaboración multidisciplinaria entre cirujanos, endoscopistas y radiólogos para emplear todos los recursos que permitan individualizar el tratamiento minimizando la morbilidad.

V-47

## Estenosis precoz de anastomosis gastroyeyunal tras bypass gástrico laparoscópico

**Raquel Rodriguez Uria, Sandra Sanz Navarro, Maria Moreno Gijon, Jose Luis Rodicio Miravalles, Sonia Amoza Pais, Angeles Anabel Suarez Álvarez, Estrella Olga Turienzo Santos, Lourdes Sanz Álvarez.**  
**Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.**

**Introducción:** El bypass gástrico continúa siendo una de las cirugías bariátricas más habituales y efectivas.

La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal es una complicación con una incidencia que va del 3 al 27%, y puede ocurrir en diferentes momentos (temprana vs tardía); cuando ocurre el tratamiento de 1ª línea es la dilatación endoscópica, habitualmente con buen resultado. No obstante, en caso de estenosis muy precoces como el que presentamos la opción de revisión quirúrgica debe ser tenida en cuenta.

**Caso clínico:** Mujer de 52 años con obesidad mórbida (IMC 43,89 kg/m<sup>2</sup>) y colelitiasis sintomática; tras valoración y pruebas complementarias correspondientes se propone cirugía bariátrica. Se interviene realizando bypass gástrico proximal y colecistectomía laparoscópica; como incidencia durante la cirugía, tras la realización de anastomosis gastroyeyunal según nuestra técnica habitual (latero-lateral mecánica de 30 mm, con cierre manual sobre sonda calibradora), se objetiva pequeña fuga de azul de metileno que se repara con sutura.

En el postoperatorio precoz la paciente presenta una mala tolerancia oral, con vómitos de repetición ante la ingesta de pequeñas cantidades de líquido. Se realiza TC abdomen en el que se observa una estenosis de la anastomosis gastroyeyunal, descartándose otras complicaciones.

Se decide reintervención, realizando laparoscopia exploradora con hallazgo de reservorio dilatado. Se retira la sutura manual evidenciando salida del gastrografin retenido, que no tenía paso al asa alimentaria. Se realiza nueva anastomosis gastroyeyunal sin incidencias.

Evolución posterior favorable, con buena tolerancia oral.

**Discusión:** El tratamiento de la estenosis en anastomosis gastroyeyunal tras bypass gástrico consiste habitualmente en dilatación endoscópica. Sin embargo, cuando esta estenosis se pone de manifiesto en el postoperatorio precoz lo más probable es que la causa sea un defecto técnico, y hay que valorar la necesidad de revisión quirúrgica.

En nuestro caso, en la reintervención se objetivó una estenosis completa seguramente debida a la sobresutura de refuerzo para reparación de la fuga de azul de metileno. Tras la nueva anastomosis la evolución ha sido muy favorable, sin que haya presentado problemas de tolerancia los siguientes meses y con una buena pérdida de peso.

V-48

## Hernia de hiato en paciente con gastrectomía vertical dilatada, conversión a by-pass gástrico

**Adrian Hernandez Sanchez, Pedro Fernandez Balaguer, Alberto Lopez Farias, Antonio Adolfo Nieto Soler.**  
**Hospital de Mérida, Mérida, España.**

**Objetivos:** Conocer uno de los motivos que nos llevan a la conversión de un sleeve gástrico a By-pass gástrico: la falta de pérdida ponderal y la hernia de hiato sintomática.

**Material y métodos:** Se describe la cirugía de un paciente intervenido de sleeve gástrico laparoscópico, que debido a la falta de pérdida ponderal posterior y al diagnóstico de una hernia de hiato, se decide realizar una cirugía revisional con el planteamiento de conversión a un By-pass gástrico laparoscópico. Con apoyo de imágenes audiovisuales.

**Resultados:** Paciente mujer de 53 años con AP de HTA, DLP. Intervenida hace 1,5 años de sleeve gástrico laparoscópico dentro del programa de cirugía bariátrica, con un IMC en ese momento de 46, sin clínica de RGE ni hernia de hiato en la EDA en ese momento.

En revisiones postoperatorias, presenta buena evolución, con pérdida ponderal en el primer mes de 10 Kg, y en el 2º mes de otros 15 Kg. Posteriormente, en la revisión del año, la paciente refiere saciedad precoz con RGE y falta de pérdida de peso a pesar de dieta y ejercicio físico. Se solicita EGD en el que se visualiza una hernia de hiato por deslizamiento, y tubulización gástrica con dilatación del antro. Ante la dilatación vs falta de resección gástrica a nivel antral, tras presentar a la paciente en el Comité de Cirugía Bariátrica, se indica cirugía de revisión y reconversión a By-pass gástrico. La paciente se interviene de forma programada, realizándose reducción de hernia de hiato y crurorrafia, y By-pass gástrico simplificado laparoscópico. Durante la cirugía se observa una hernia de hiato con deslizamiento del sleeve gástrico y la falta de sección en la cirugía previa del antro gástrico.

La paciente es dada de alta hospitalaria al tercer día postoperatorio sin incidencias, habiendo tolerado dieta oral.

En revisiones posteriores, la paciente presenta pérdida ponderal en el primer mes de 14 Kg, tolerando adecuadamente la dieta, sin clínica de RGE. Las heridas quirúrgicas presentan buen estado de cicatrización.

**Conclusiones:** La cirugía revisional está en aumento, ya que se lleva años realizando procedimientos de cirugía bariátrica, y con ello aumenta la tasa de fracasos terapéuticos que requieren cirugía de revisión.

Es importante saber qué técnica realizar en cada caso, tras una cirugía primaria, sea sleeve gástrico como By-pass gástrico.

La técnica que hoy en día se lleva la tasa más alta de cirugía revisional es el sleeve gástrico. Es frecuente que la manga gástrica con el tiempo se dilate y esta técnica restrictiva se haga ineficaz, o que aparezca una hernia de hiato posterior a la cirugía y se hernie parte de la tubulización gástrica, con la consecuente aparición de clínica de RGE al paciente que les interfiere en su vida diaria al afectar su confort. En estos casos tenemos en todos los centros hospitalarios la posibilidad de realizar un EGD, que es una prueba rápida y sencilla, y con baja tasa de radiación, que nos permite visualizar estas dos complicaciones en casos de sleeve gástrico como en nuestro caso.

V-49

## Fuga de reservorio en bypass gástrico robótico

**Santiago Mesa Delgado, Ignacio Maruri Chimeno, Raquel Sánchez Santos, Isabel Otero Martínez, Patricia Jove Albores, Sonia González Fernández, María Hermelinda Pardellas Rivera, Marta López Otero, Roi Nicolás Álvarez Garrido. CHUVI - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España.**

**Objetivos:** Dar a conocer el caso clínico de un paciente bariátrico que presenta una complicación grave así como el manejo quirúrgico laparoscópico ante una sospecha de fuga anastomótica.

**Métodos:** El paciente fue sometido a una cirugía bariátrica robótica, la cual fue grabada mediante el grabador oficial del sistema DaVinci Xi. En la cirugía urgente por sospecha de fuga de anastomosis también se grabó la intervención, usando una grabadora Olympus.

**Resultados:** Se presenta el caso clínico de un varón de 42 años que se somete a cirugía bariátrica por obesidad mórbida. Se realiza bypass gástrico robótico, presentando durante intervención perforación incidental del asa alimentaria que se corrige con sutura primaria. En postoperatorio inmediato presenta datos compatibles con fuga de anastomosis por lo que se interviene de manera urgente por laparoscopia. Se objetiva peritonitis purulenta, por lo que se comprueban ambas asas de la Y de Roux, la anastomosis del pie de asa y la gastroyeyunal, sin llegar a confirmar procedencia de la fuga. Finalmente se confirma fuga de la línea de grapado lateral del reservorio gástrico, confeccionando sutura simple con sutura barbada. El paciente evolucionó favorablemente, siendo altado.

**Conclusiones:** Este caso clínico nos otorga una oportunidad para valorar de primera mano el manejo quirúrgico que supone un paciente bariátrico que presenta una complicación grave. Resulta interesante tanto el abordaje robótico inicial como el acceso laparoscópico urgente, siendo en este último donde se revisan todos aquellos aspectos que todo cirujano bariátrico debe valorar ante una sospecha de fuga de anastomosis.

V-50

## Cirugía de revisión por complicación tras procedimiento restrictivo endoscópico

**Paula Miguélez Sierra, Ingrid Roselia Ávila Alarcón, Sofía Moreno Peñuelas, Ginamar El Haddad Jaouiche, Esperanza Macarena Vargas Cascón, Fernando García Sánchez, María Isabel Alarcón González, Miguel Ángel Benito Persona. Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, España.**

**Resumen:** En los últimos años han surgido y se han desarrollado nuevas técnicas bariátricas endoscópicas como el POSE, que consiste en realizar pliegues de la pared gástrica con suturas, con lo cual se consigue una reducción de la cavidad del estómago.

Presentamos caso clínico de una paciente intervenida mediante esta técnica POSE, que acude a nuestras consultas derivada desde Digestivo, por Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico severo con esófago de Barret y hernia hiatal por deslizamiento.

Tras valoración de la paciente, se decide realizar una reconversión a Bypass gástrico laparoscópico, con reducción y reparación de su hernia de hiato mediante cierre de pilares diafragmáticos.

En la intervención quirúrgica, se realiza el reservorio gástrico guiado por endoscopia intraoperatoria bajo visión directa de los puntos y clips del antiguo POSE, para evitar que queden en la sutura, lo que supondría el fracaso de esta. Tras este paso, se finaliza el bypass gástrico y se realiza test de estanqueidad con azul de metileno y verde de indocianina, sin objetivar fugas anastomóticas.

Tras 3 meses de la intervención, paciente se encuentra sin reflujo gastroesofágico y con una buena evolución ponderal.

**Conclusiones:** Pese al auge que tienen las técnicas endoscópicas en este tipo de pacientes, hay que tener en cuenta las complicaciones, así como la poca pérdida de peso que conllevan, y brindar de forma global un tratamiento quirúrgico óptimo sin aumentar las comorbilidades.

V-51

## Bypass gástrico laparoscópico en paciente portadora de funduplicatura de Nissen previa

**Marc Beisani Pellise, Anna Casajoana Badia, Marc Perez Xaus, Albert Goday Arno, David Benaiges Boix, Carme Serra Saus, Montserrat Villatoro Moreno, Carolina Claveria Galve, Manuel Ramon Pera Roman. Hospital del Mar, Barcelona, España.**

**Objetivos:** Presentar y discutir un caso de conversión laparoscópica de funduplicatura de Nissen a bypass gástrico

**Material y métodos:** Presentación y discusión de caso clínico mediante video quirúrgico

**Resultados:** Se presenta el caso de una paciente mujer de 59 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de obesidad grado III (con índice de masa corporal (IMC) máximo y preoperatorio de 42 y 40 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente), incontinencia urinaria, gonalgia (portadora de prótesis total de rodilla derecha) y hernia de hiato sintomática por la que en 2014 se había realizado una hiatoplastia con malla reabsorbible fijada con tackers de titanio y una funduplicatura de Nissen, teniendo en ese momento un IMC de 36 kg/m<sup>2</sup>.

La paciente completó satisfactoriamente el programa de la Unidad de Obesidad de nuestro centro, presentando un estudio preoperatorio sin alteraciones relevantes: preoperatorio correcto, valoración psiquiátrica favorable, endoscopia alta sin hallazgos patológicos, *Helicobacter pylori* negativo y ecografía abdominal normal. Dado que la paciente refería disfagia ocasional, se realizó adicionalmente una manometría y una pHmetría, descartándose la presencia de una alteración motora esofágica asociada o de reflujo ácido significativo.

Tras analizar el caso en el Comité Multidisciplinar de Obesidad, se acordó proponer a la paciente la reversión de la funduplicatura y la realización de un bypass gástrico laparoscópico. La paciente se mostró conforme con la decisión.

Bajo anestesia local y abordaje laparoscópico, se procedió a anatomizar la funduplicatura previa, firmemente adherida al lóbulo hepático izquierdo y a los pilares diafragmáticos. Una vez finalizado este paso, se revisó el hiato diafragmático y se identificaron los tackers de titanio y las suturas de ethibon correspondientes al cierre de pilares, íntegras, no considerándose necesario añadir ningún gesto adicional. A continuación, una vez seccionados los dos puntos anteriores de ethibon, se lograron movilizar ambas valvas y revertir la funduplicatura de Nissen. Finalmente, se procedió a realizar un bypass gástrico según la técnica habitual del centro. Se valoró la necesidad de reseca el fundus, pero no se consideró necesario dada su buena vascularización y la ausencia de lesiones. La paciente evolucionó favorablemente, iniciado dieta líquida y deambulación el primer día postoperatorio y siendo alta sin complicaciones al cuarto día. En la visita en consultas externas a los tres meses de la intervención refería buena tolerancia a la dieta sólida, sin clínica sugestiva de reflujo gastroesofágico, dolor, disfagia, náuseas ni vómitos, y presentaba un IMC de 35 kg/m<sup>2</sup>, correspondiente a un porcentaje de peso total perdido del 12%.

**Conclusiones:** La reversión laparoscópica de una funduplicatura de Nissen previa y su conversión a un bypass gástrico es una opción técnica factible y que puede ser propuesta de forma segura a los pacientes con indicación.

V-52

## Cirugía de revisión tras bypass gástrico laparoscópico

**Francisco Javier Reinoso, Fernando Prieto, Blanca Monje, María Heras, María Recarte, Ramón Corripio.**  
**Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.**

**Objetivos:** La cirugía bariátrica es el tratamiento de elección de la obesidad (1), así como para sus comorbilidades (2). Las técnicas más empleadas son el bypass gástrico y la gastrectomía vertical (1,3). La reganancia ponderal constituye una de las indicaciones de cirugía bariátrica revisional (1,4,5).

**Material y métodos:** Recogemos una serie de pacientes de la Unidad de Obesidad del Hospital Universitario La Paz, intervenidos de bypass gástrico que precisaron cirugía de revisión en los últimos años. Adjuntamos los resultados tras dos años de seguimiento. Adicionalmente, exponemos el caso de un varón de 48 años, con obesidad grado III (peso inicial 168 kg, IMC 57 kg/m<sup>2</sup>), intervenido mediante bypass gástrico laparoscópico en 2005. Tras la cirugía obtuvo una pérdida ponderal hasta 92 kg. Posteriormente, sufrió reganancia hasta 128 kg, con IMC 44 kg/m<sup>2</sup>. Se propuso la cirugía de revisión, que fue realizada en enero de 2023.

**Resultados:** En nuestra serie de pacientes intervenidos de bypass gástrico, el 4,96% precisó cirugía de revisión, el tiempo medio entre la cirugía primaria y la cirugía de revisión fue 7 años. La principal indicación de la cirugía de revisión fue la reganancia ponderal. Detectamos una tasa de complicaciones postoperatorias del 6,8%. El IMC medio antes de la cirugía primaria era 44,38 kg/m<sup>2</sup>, en la cirugía de revisión 39,39 kg/m<sup>2</sup>, y dos años después de la cirugía de revisión 30,40 kg/m<sup>2</sup>.

En nuestro caso, mediante abordaje laparoscópico, se liberaron adherencias del reservorio gástrico y revisamos el asa alimentaria hasta el asa biliopancreática. Tutorizamos el reservorio y el asa alimentaria con sonda de 36 F, y seccionamos la porción dilatada del reservorio con endoGIA. Reforzamos la línea de grapas con barbada reabsorbible 2/0. Comprobamos la estanqueidad con azul de metileno y verde de indocianina.

Postoperatorio sin incidencias. El tránsito esófago-gastro-duodenal con contraste oral no objetivó fuga de contraste. El paciente fue dado de alta en el tercer día postoperatorio.

**Conclusiones:** Los resultados analizados dos años tras la cirugía de revisión son favorables, con un exceso de IMC perdido del 50,3% y un % de peso total perdido del 14,6%. Por tanto, debe considerarse la cirugía de revisión en unidades de obesidad cualificadas, cuando los pacientes intervenidos de bypass sufren reganancia ponderal.

### Referencias

1. Eisenberg D, Shikora SA, et al. 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2022 Oct 18.
2. Buchwald H, Avidor Y, et al. Bariatric Surgery A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2013;292(14):1724–37.
3. Howard R, Chao GF, et al. Comparative Safety of Sleeve Gastrectomy and Gastric Bypass up to 5 Years after Surgery in Patients with Severe Obesity. *JAMA Surg.* 2021 Dec 1;156(12):1160–9.
4. Hernández LA, Guilbert L, et al. Causes of revisional surgery, reoperations, and readmissions after bariatric surgery. *Rev Gastroenterol Mex.* 2021.
5. Sabench Pereferrer F. Revisional bariatric surgery: On stage! Vol. 101, *Cirugia Espanola. Asociacion Espanola de Cirujanos*; 2023. p. 77–9.

V-53

## Tratamiento de la coledocolitiasis residual tras *bypass* gástrico

**Christian Esteo Verdú, Jorge Febré Sánchez, Raul Canovas De Lucas, Cristina Sancho Moya, Cirilo Amorós García, Boris Ayala Candia, Isabel Rivadulla Serrano, Génesis Parra Eslava.**  
**Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.**

**Introducción y objetivos:** El *bypass* gástrico en Y de Roux es uno de los procedimientos más utilizados hoy en día dentro de la cirugía bariátrica. La obesidad y la rápida pérdida de peso tras el *bypass* son importantes factores predisponentes para la aparición de colelitiasis y coledocolitiasis. Los cambios anatómicos creados tras un *bypass* gástrico impiden la realización de técnicas convencionales por lo que su abordaje supone un reto terapéutico.

**Material y métodos:** Se presenta un video que muestra dos opciones terapéuticas en el manejo de la coledocolitiasis residual tras un *bypass* gástrico.

**Resultados:** En el vídeo se exponen dos casos clínicos de coledocolitiasis residual tras *bypass* gástrico.

En el primero de ellos se presenta el caso de una mujer de 58 años, colecistectomizada e intervenida de *bypass* gástrico laparoscópico en 2022 que tras un ingreso por dolor abdominal y colestasis se le realiza una colangioRM visualizando una coledocolitiasis de 4 x 5 mm en colédoco distal sin dilatación de vía biliar. De forma programada, se realiza un abordaje transcístico de la coledocolitiasis bajo visión directa utilizando un coledocoscopio por vía laparoscópica.

En el segundo caso clínico se presenta una mujer de 69 años, diabética, hipertensa y dislipémica. Intervenida de *bypass* gástrico abierto en 2004 y un ingreso en diciembre 2022 por colangitis aguda. En la colangioRM se observan 3 coledocolitiasis de hasta 5 mm alojadas en colédoco distal que no condicionan dilatación de la vía biliar. De forma programada, se realiza una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica transgástrica asistida por laparoscopia.

**Conclusiones:** El abordaje transcístico y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica transgástrica son dos técnicas válidas para el tratamiento de la coledocolitiasis residual tras un *bypass* gástrico.

V-54

## Conversión de gastroplastia vertical anillada a bypass gástrico laparoscópico. A propósito de un caso

Ruth Lopez Gonzalez, Sergi Sánchez Cordero, Andrea De Miguel Pérez, Juan Carlos Castaño Ortega, Paula Sala Carazo, Jordi Pujol Gebellí, Jordi Castellví Valls.

Consorci Sanitari Integral, Sant Joan Despí, España.

**Introducción:** La gastroplastia vertical anillada (GVA) fue una de las primeras técnicas restrictivas descritas en la literatura, sin embargo, actualmente se encuentra en desuso debido al alto porcentaje de complicaciones reportadas tanto a corto como a largo plazo, comportando así la necesidad de llevar a cabo una segunda cirugía revisional bariátrica.

Entre las complicaciones más frecuentes destacamos la aparición de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), hernia de hiato, dilatación de pouch gástrico con reganancia de peso o bien, como es en nuestro caso, intolerancia oral con vómitos de repetición y con elevado riesgo de desnutrición.

Una de las cirugías revisionales que podemos plantear tras el fracaso de la GVA es el bypass gástrico laparoscópico con o sin fundectomía.

**Objetivo:** Revisión de caso clínico de cirugía bariátrica de conversión de GVA a bypass gástrico laparoscópico.

**Material y métodos:** Mujer de 63 años con antecedentes quirúrgicos de GVA no calibrada, realizada en centro externo en 2005 y abdominoplastia posterior. Es derivada a nuestra unidad por intolerancia oral y vómitos postprandiales con un IMC preoperatorio de 25 kg/m<sup>2</sup>.

Realizamos estudio preoperatorio de imagen con una tomografía computerizada (TC) de abdomen, gastroscopia y tránsito esofago-gástrico (TEFG) evidenciando hernia de hiato y estenosis por anillo gástrico. Se decide optimización nutricional previa a cirugía revisional bariátrica.

La paciente se interviene por vía laparoscópica y se localiza anillo gástrico estenosante mediante la introducción de sonda nasogástrica. Se realiza conversión a bypass gástrico. Se comprueban las anastomosis sin observar fuga y se realiza cierre de ambos mesenterios.

Es dada de alta al 4<sup>º</sup> día postoperatorio con buena tolerancia oral y retirada de drenajes y posterior seguimiento en consultas externas

**Resultados y conclusiones:** La conversión de la GVA en bypass gástrico por vía laparoscópica es una técnica factible y a considerar en aquellos pacientes que requieren de cirugía revisional por fracaso de la GVA tanto en los casos de reganancia de peso como en aquellos, como trata el nuestro, con malnutrición por intolerancia oral.

Podemos llegar a la conclusión que el bypass gástrico laparoscópico es una técnica válida en la cirugía revisional de GVA y que comporta para el paciente una notable mejoría de su calidad de vida así como el cumplimiento de los objetivos de la cirugía bariátrica y metabólica.

V-55

## Reversión de cruce duodenal a gastrectomía vertical debido a desnutrición proteico-calórica severa.

**David Merino De Villasante, Claudio Lazzara, Lucia Sobrino Roncero, Carlota Tuero Ojanguren, Javier Osorio Aguilar.**  
**Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España.**

Mujer de 61 años con índice de masa corporal (IMC) de 43 kg/m<sup>2</sup>, con comorbilidades: diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, hipertensión arterial y trastorno ansioso depresivo. Fue intervenida de un cruce duodenal (DS) en noviembre de 2020. La longitud del asa alimentaria (AL) fue 200cm y del asa común (AC) 100cm.

El postoperatorio fue sin complicaciones, con pérdida de peso total (TWL) 48% 12 meses después de la cirugía. Posteriormente, la paciente presentó recaída depresiva, náuseas y vómitos, esteatorrea y mareos con marcha inestable. A pesar del soporte nutricional y valoración y tratamiento psiquiátrico, persistió la sintomatología. Las pruebas realizadas muestras desnutrición proteica, con niveles de albumina y prealbumina muy bajos, además disminución de vitaminas liposolubles. En noviembre de 2021, la paciente ingresa por desnutrición calórico-proteica severa, con escasa mejoría pese al tratamiento nutricional intensivo. El caso fue valorado en comité multidisciplinar y se decidió cirugía de revisión con conversión a anatomía normal.

El procedimiento quirúrgico se realizó por vía laparoscópica, el primer paso fue la evaluación de la manga gástrica y ambas anastomosis. Se realizó recuento de asas con las siguientes medidas (AL: 2,35cm, ABP: 2,25cm, AC: 1,35cm). Se realiza adhesiolisis, disección duodenal. Sección de anastomosis duodenoileal y movilización del muñón duodenal. Sección de anastomosis ileo-ileal identificando asa alimentaria, biliopancreática y común. Sección del pie de asa y confección de anastomosis mecánica entre la parte proximal de AL y la parte distal de ABP. Finalmente, se realiza anastomosis duodeno-duodenal manual en doble capa. La cirugía se completó con una prueba de fugas con metileno azul y aire. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente fue dado de alta al 7º día postoperatorio.

La DS es una técnica bariátrica eficaz que consigue buenos resultados en la pérdida de peso y resolución de comorbilidades. Sin embargo, este procedimiento está asociado a complicaciones como desnutrición proteica y deficiencias vitamínicas. La suplementación es crucial y también lo es el cumplimiento del paciente. Además, en casos crónicos y severos desnutrición, los pacientes pueden necesitar reintervención quirúrgica.

La paciente tenía un trastorno psiquiátrico, por lo que no era la mejor candidata para el cruce duodenal. Además, su IMC máximo era de 43 kg/m<sup>2</sup>, y el DS es una técnica realizada principalmente en pacientes con IMC superior a 50 kg/m<sup>2</sup>. Estas podrían ser, probablemente, las dos principales causas de esta complicación. Es crucial hacer una buena selección del paciente, individualizando la técnica quirúrgica en cada caso para obtener un buen resultado quirúrgico con las menores complicaciones posibles.

V-56

## Cirugía de reversión del bypass en Y de Roux

Francisco Miguel González Valverde<sup>1</sup>, Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz<sup>1</sup>, María Encarnación Tamayo Rodríguez<sup>1</sup>, María Belén Agea Jiménez<sup>1</sup>, María Valero Soriano<sup>1</sup>, Isabel María Jiménez Moreno<sup>1</sup>, José María Rodríguez Lucas<sup>1</sup>, Juan Carlos Navarro Duarte<sup>2</sup>, Cristina García Zamora<sup>2</sup>, Víctor Soriano Gimenez<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España; <sup>2</sup>Hospital Dr. Rafael Méndez, Lorca, España.

**Introducción:** El bypass en Y de Roux (BYR) es una de las técnicas quirúrgicas con mejores resultados de pérdida ponderal y control de las comorbilidades. Sin embargo, esta cirugía no está libre de complicaciones, que pueden incluso hacer necesaria su reversión para corregir las secuelas más graves. Describimos el caso de un paciente que precisó la restitución de la anatomía normal por dolor, diarrea crónica y desnutrición

**Caso clínico:** Varón de 37 años intervenido por Obesidad tipo III (152 kg, IMC:47 kg/m<sup>2</sup>). Se realizó Bypass de asa corta con reservorio de 50 mL, asa biliopancreática de 70cm, asa alimentaria de 180cm y asa común de 520cm. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y con adecuada pérdida ponderal hasta estabilizarse en un IMC de 24 kg/m<sup>2</sup>.

Tras una colecistectomía hace 7 años, comenzó a sufrir episodios de dolor abdominal, con sensación de plenitud y diarrea postingesta sin hipoglucemias que respondían bien a tratamiento con dieta "antidumping" y octeótrido (50µg sc/12h). El incumplimiento de la dieta y la falta de adherencia al tratamiento ocasionaron la persistencia de la clínica, con detrimento en su calidad de vida y pérdida de peso hasta los 65kg (IMC:20,2 kg/m<sup>2</sup>). Tanto los estudios endoscópicos y radiológicos como una laparoscopia exploradora resultaron normales mientras que la analítica mostraba anemia, déficit de vitaminas B y D e hipoproteinemia.

Ante los síntomas incapacitantes se le propuso un alargamiento del asa común pero el paciente solicitó el restablecimiento de la anatomía normal. Bajo abordaje laparoscópico se realizó la reversión del BYR con anastomosis gastro-gástrica mecánica y yeyuno-yeyunal latero-lateral. El postoperatorio fue satisfactorio, con tránsito que evidenciaba buen paso de contraste a duodeno. Fue dado de alta al cuarto día postoperatorio, tolerando dieta y sin nueva aparición de sintomatología. En la actualidad ha recuperado buena parte de su peso original (94 kg, IMC: 30,3 kg/m<sup>2</sup>).

**Discusión:** El Dumping afecta hasta al 50% de pacientes sometidos a BYR con la ingesta de alimentos ricos en carbohidratos y grasas. Se correlaciona con un vaciado gástrico acelerado causado por la desaparición del esfínter pilórico. Comprende manifestaciones gastrointestinales (sensación de plenitud, cólicos abdominales, diarreas explosivas) y sistémicas (diaforesis, palpitaciones y mareo). Se distinguen el Dumping temprano, que es la forma más frecuente de manifestación, cuyos síntomas aparecen 15-30 minutos tras la ingesta, y el tardío, que ocurre a las 2-4 horas de la ingesta de alimentos ricos en carbohidratos. Suele responder a medidas dietéticas y en caso refractario, el uso de Octeótrido puede mejorar la sintomatología.

Si fracasan las medidas dietéticas y farmacológicas se debe plantear la reintervención quirúrgica, aunque esto ocurre sólo en un pequeño porcentaje de casos.

**Conclusiones:** El síndrome de Dumping severo es una complicación infrecuente tras el BYR pero muy invalidante. Suele responder a tratamiento con medidas higienico-dietéticas y farmacológicas, siendo raros los casos que precisan cirugía. En caso de persistir una clínica incapacitante, como en nuestro caso, la reconstrucción anatómica por laparoscopia es una solución segura y efectiva. Debemos tener presente el peligro de ganancia de peso tras la cirugía de conversión.