

XII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad · SECO

REUNIÓN DE LA SECCIÓN DE OBESIDAD MÓRBIDA DE LA AEC

1ª JORNADA NACIONAL DE PSICOLOGÍA APLICADA A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

1ª JORNADA DE DIETÉTICA Y NUTRICIÓN DE LA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

3ª REUNIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA BARIÁTRICA

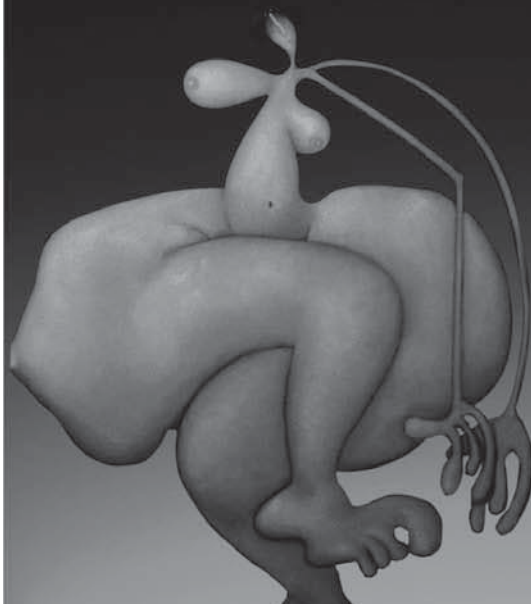
Colaboración con el
7º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Valencia

10, 11 y 12 Marzo 2010
PALACIO DE CONGRESOS



ETHICON ENDO-SURGERY
BARIATRICEDGE  COVIDIEN



Declarado Reconocimiento de Interés
científico-sanitario por la Conselleria de Sanidad

XII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad · SECO

REUNIÓN DE LA SECCIÓN DE OBESIDAD MÓRBIDA DE LA AEC

1ª JORNADA NACIONAL DE PSICOLOGÍA APLICADA A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

1ª JORNADA DE DIETÉTICA Y NUTRICIÓN DE LA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

3ª REUNIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA BARIÁTRICA

Colaboración con el
7º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Valencia

10, 11 y 12 Marzo 2010

PALACIO DE CONGRESOS



BARIATRICEDGE[®] COVIDIEN



Declarada Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario por la Comisión de Sanidad

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE:

Joaquín Ortega Serrano

Presidentes honorarios:

Aniceto Baltasar Torrejón
Antonio Torres García (Presidente SECO)

Secretario:

Norberto Cassinello Fernández

Vocales:

Federico Caro Pérez
David Dávila Dorta
Manuel Martínez Abad
Sergio Ortiz Sebastián
José Luis Pince Marco
Carlos Serra Díaz

Psicología:

María José Báguena Puigcerver
Francisco Santolaya

Dietista/Nutricionista:

Sabina Escortell Mut

Coordinadora enfermería:

Margarita Pardo Domingo

Vocales enfermería:

María Jesús Zafra Pires
Antonio Girbes Llopis
Fuensanta López Arroyo
Carlos Sánchez Díaz
Pilar Merchán Díaz
Carmen Miñarro López

CIRUGÍA

SESIÓN 1

C1.1 Influencia de la formación en la curva de aprendizaje del bypass gástrico laparoscópico: revisión sistemática

Estévez Fernández S, Sánchez Santon R, González Fernández S, Jiménez RN, Crego Hernández R, Tomé Espiñeira C, Mariño Padín E, Seoane Antelo J, Diz Jueguen S, Piñón Cimadevila MA
Complejo Hospitalario De Pontevedra.

Introducción: El período de aprendizaje del bypass gástrico laparoscópico asocia una mayor morbi-mortalidad postoperatoria que puede reducirse con una adecuada formación en cirugía bariátrica laparoscópica.

Objetivos: Evaluar la influencia de una adecuada formación del cirujano en la morbi-mortalidad de los primeros 75-100 casos de cada cirujano (curva de aprendizaje).

Metodología: Revisión sistemática: búsqueda en 5 bases de datos: PUBMED, EMBASE(OVID), CANCER LIT, BIOMES CENTRAL vía SCIRUS, CURRENT CONTENTS (ISI) Y WEB OF SCIENCE (SCI). Palabras clave "learning curve gastric bypass". Se incluyen los artículos que incluyen: formación del cirujano al inicio de la serie (laparoscopia avanzada, fellowship o similar al Programa de Formación SECO), técnica quirúrgica, morbilidad, mortalidad postoperatoria de los primeros 75-100 casos de un cirujano. Se subdividen en dos grupos: grupo 1: formación en cirugía laparoscópica avanzada; grupo 2: formación en cirugía bariátrica laparoscópica. Análisis estadístico con SPSS 13.0 y macro !MAR. Metaanálisis con Regresión lineal ponderada.

Resultados: 120 artículos analizados, 13 artículos seleccionados con 17 curvas de aprendizaje a la que se añade la curva personal de los autores. Datos de 1.848 pacientes. 13 cirujanos sin formación bariátrica y 5 cirujanos con formación. Las complicaciones fueron más frecuentes en el grupo sin formación bariátrica: 18,1% ($\pm 7,6$) vs 7,7% ($\pm 1,96$) ($p = 0,046$); lo mismo sucedió con la mortalidad: 0,57% ($\pm 0,87$) vs 0% ($p = 0,05$).

Conclusiones: Una adecuada formación en cirugía bariátrica laparoscópica previa al inicio de la serie propia puede reducir significativamente la morbimortalidad durante la curva de aprendizaje del bypass gástrico laparoscópico.

SESIÓN 3

C3.1 Gastroscoopia preoperatoria: rentabilidad en cirugía bariátrica

Martínez De Aragon Remírez De Esparza G, Martínez Blázquez C, Vitores López JM, Sierra Esteban V, Valencia Cortejoso J, Balseira Rodríguez FJ, Serrano Fernández B
Hospital Txagorritxu. Vitoria.

La gastroscopia es una prueba preoperatoria incluida en la guía de cirugía bariátrica de nuestro hospital como estudio rutinario.

Para valorar la rentabilidad de esta prueba, estudiamos últimos 250 pacientes consecutivos a los que se les ha realizado cirugía bariátrica (216 mujeres y 34 hombres) entre 2005 y 2009. El IMC comprendido entre 38 y 61 kg/m². El 88% presentan co-morbilidades. A todos los pacientes se les ha realizado biopsia de antro gástrico. 125 pacientes presentan gastritis crónica, 53 hernia de hiato, 8 duodenitis, 1 displasia moderada, 5 metaplasia intestinal y en 60 fue normal. 68 pacientes con gastritis tienen *Helicobacter pylori* positivo.

En el paciente con displasia moderada se modificó la técnica del by-pass estándar practicando la resección del estómago excluido y a los pacientes con metaplasia intestinal se les realizó una gastrectomía tubular, técnica que nos permitirá realizar endoscopias de revisión. Los hallazgos obtenidos justifican la realización de gastroscopia sistemática en todos los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, con el objetivo de poder elegir el mejor y más seguro procedimiento quirúrgico.

C3.2 ¿Influye la pérdida de peso preoperatoria en los resultados ponderales postoperatorios?

Tomé Espiñeira C, Sánchez Santos R, González Fernández S, Jiménez RN, Crego Hernández R, Estévez Fernández S, Mariño Padín E, Seoane Antelo J, Diz Jueguen S, Piñón Cimadevila M
Complejo Hospitalario Pontevedra.

Objetivo: Evaluar los factores pronósticos que influyen en la pérdida de sobrepeso (PSP) en el primer año de seguimiento tras la cirugía bariátrica, entre ellos la PSP preoperatoria (PSPpre). Valorar factores que favorecen la PSPpre.

Pacientes y métodos: Estudio 1: pacientes sometidos a dieta hipocalórica previa a cirugía bariátrica. Variables estudiadas: preoperatorias: edad, sexo, IMC inicial, colocación de balón intragástrico (BIB). Postoperatorias:

estancia media, complicaciones, reintervención. Seguimiento: PSP a 6 y 12 meses. Estudio 2: pacientes con más de un año de seguimiento: Variables estudiadas: edad, sexo, tipo de cirugía (bypass gástrico y gastroplastia tubular), IMC inicial y PSPpre. El análisis estadístico se realiza con SPSS 13.0 utilizando Regresión Lineal Múltiple para el análisis de factores pronósticos.

Resultados: Estudio 1: 137 pacientes (intervenidos entre 03/06-09/09) sometidos a dieta hipocalórica preoperatoria; 20 llevaron BIB (14%). 83% mujeres, edad: $39 \pm 10,2$ (18-63), IMC inicial: $48,7 \pm 6,9$ (36-67); PSPpre: $13,55 \pm 7,5\%$. El BIB ha sido el único factor estudiado que influye en el PSPpre: $21,16 \pm 9,4$ vs $12,01 \pm 6,01$ ($p < 0,005$).

No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre PSPpre y las complicaciones postoperatorias o la estancia media.

Estudio 2: 90 pacientes con seguimiento > 1 año. PSP6m: $56,17 \pm 14,86\%$; y PSP12m: $68,12 \pm 17,18\%$. Factores pronósticos independientes de pérdida de peso a los 12m: Edad (RR: $-2,23(1,2-15,8)$; $p = 0,023$); IMC inicial (RR: $-1,01(0,67-2,77)$; $p < 0,0005$); PSPpre (RR: $1,55(0,88-6,37)$; $p = 0,010$).

Conclusiones: El PSPpre es un factor independiente de PSP en el primer año de seguimiento, junto con la edad y el IMC inicial. El balón intragástrico contribuye significativamente a aumentar dicho PSPpre. Serán necesarios estudios más amplios para determinar el papel de la PSPpre en las complicaciones postoperatorias o en la estancia media.

SESIÓN 4

C4.1 Sensibilidad y especificidad del tránsito esofagogástrico y del azul de metileno en el postoperatorio inmediato de cirugía bariátrica laparoscópica

García Ruiz De Gordejuela A, Masdevall Noguera C, Secanella Medayo LL, Pujol Gebelli J, Peray Guix L, Rafecas Renau A
Hospital Universitari De Bellvitge. Barcelona.

Introducción: El test con azul de metileno (TAM) y el tránsito esofagogástrico (TEG) con Gastrografin® son dos sencillas pruebas diagnósticas que se utilizan en el postoperatorio de cirugía bariátrica para el despistaje de fístulas. En este trabajo se estudia la sensibilidad y especificidad de ambas pruebas utilizadas de forma sistemática tras cirugía bariátrica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de by-pass gástrico (BPG),

derivación biliopancreática (DBP), gastroplastia tubular (GT) y cruce duodenal (CD). Todos los procedimientos son laparoscópicos. Se excluyen los casos de conversión a laparotomía. Se analiza la sensibilidad y especificidad del TAM y TEG en el diagnóstico de fístulas gástricas y anastomóticas en el postoperatorio inmediato.

Resultados: Se han incluido 481 pacientes. Se han diagnosticado 9 fístulas (1,9%) en el postoperatorio inmediato 7 tras BPG y 2 tras CD. El TAM se ha aplicado en 267 casos y el TEM en 214. La sensibilidad del TAM ha sido del 20%; la especificidad del 98,5%; y la razón de verosimilitud positiva de 13,33. En el caso del TEG, la sensibilidad estimada es del 50%; la especificidad del 99,06%; y la razón de verosimilitud positiva de 53,19.

Conclusiones: Este trabajo presenta dos limitaciones, la primera es la baja prevalencia de fístulas (1,9%) y la segunda es que no hay falsos positivos. Pese a esto, la baja sensibilidad y elevada especificidad indica que sólo estarían indicadas en casos de alta sospecha de fístula, siendo de primera elección el TEG.

SESIÓN 5

C5.1 Corteza suprarrenal, tensión arterial, obesidad mórbida y cirugía metabólica

Silvestre Teruel V, Ruano Gil M, Criado Gómez L, Duque López Y, Marco Mur A, García-Blan G
Hospital Universitario De Móstoles. Madrid.

Objetivos: 1) evaluar las alteraciones que la obesidad mórbida (OM) origina sobre los factores de la corteza suprarrenal que regulan la tensión arterial y 2) su evolución y diferencias 10 años después de cirugía metabólica.

Métodos: Análisis retrospectivo de 295 pacientes (234 mujeres y 61 hombres OM operados en nuestro Hospital, edad media = 39,0 años (16-62). El 41% sufría además de HTA. Previo al estudio se recogen medidas antropométricas, tensión arterial y niveles de: renina-actividad (ARP), aldosterona (ALDOS), enzima convertidora de angiotensina (ECA), sodio (Na), potasio (K) e insulina (INS) y cortisol libre en orina (UFC) con seguimiento de: 6 a 120 meses. El grupo control lo constituían 50 pacientes, con valores similares, tratados con otros métodos.

Resultados: Previo al estudio las medias de ambos grupos (SD) fueron: IMC $50,1(7,9)$ vs $50,3(8,0)$, CC $124,3(15,3)$ vs $124,9(15,6)$, TA $172(2,4)/87(3,1)$ vs $170(2,0)/85(2,8)$ con niveles elevados de: INS, ARP,

ALDOS, ECA, Na, UFC y disminuidos de K. En el grupo con cirugía en los primeros 6 meses de realizada, los valores alterados comienzan a normalizarse, situación que se estabiliza a los 24 meses, y se mantiene a los 120 meses. En el grupo control el descenso menos significativo, con constantes desviaciones.

Conclusiones: La disminución de los valores de las medidas antropométricas, de TA y la regulación de los niveles en ambos grupos demuestran la estrecha relación existente entre SRA, HTA, OM y resistencia a insulina y mayor la eficacia de la cirugía.

C5.2 Evolución clínica de la diabetes tipo 2 tras by-pass gástrico y gastroplastia tubular. ¿Existen diferencias?

García Ruiz De Gordejuela A, Vilarrasa García N, Pujol Gebelli J, Fernández Alsina E, Secanella Medayo LL, Masdevall Noguera C, Rafecas Renau A
Hospital Universitari De Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La mejoría clínica de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tras el bypass gástrico (BPG) es bien conocida. Existen pocos datos sobre los efectos de la gastroplastia tubular (GT). El objetivo del trabajo es comparar la evolución clínica de la DM2 tras BPG y GT.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes obesos mórbidos con diagnóstico y tratamiento por DM2, que se intervienen para GT o BPG y con seguimiento de 2 años. Variables: peso, glicemia en ayunas, hemoglobina glicosilada y tratamiento de la DM2.

Resultados: 90 pacientes estudiados (60 BPG y 30 GT). IMC inicial es 46,7 kg/m² para los BPG y 53,91 kg/m² para la GT. La glicemia en ayunas es 10,63 mmol/L y 8,05 mmol/L respectivamente, y la HbA1c de 8,1% y 7,32%. Ambos grupos son comparables en duración de la DM2 y necesidad de tratamiento. No hay diferencias significativas en la pérdida ponderal tras 2 años. Tampoco se objetivan diferencias significativas en la resolución de la DM2 al año (91,8% vs 82,3%) ni a los dos años (91,8% vs 88,9%). Tanto la glicemia en ayunas como la hemoglobina glicosilada se correlacionan negativamente con el exceso de sobrepeso perdido.

Conclusiones: Tanto el BPG como la GT muestran resultados excelentes en cuanto a la pérdida ponderal y resolución de la DM2 tras 2 años de seguimiento, sin encontrarse diferencias significativas entre ambas. Se constata la importancia de la pérdida ponderal como mecanismo de control de la DM2, a falta de estudiar y comprender el papel que otros mecanismos puedan jugar.

C5.3 Bypass gástrico distal. Resultados a cinco años

Martínez Blázquez C, Martínez de Aragón Remírez de Esparza G, Vitores Lopez JM, Sierra Esteban V, Valencia Cortejoso J, Balsera Rodríguez FJ, Serrano Fernandez B
Hospital Txagorritxu. Vitoria.

Evaluar en nuestros casos los resultados a 5 años con el bypass gástrico distal (B.G.D.) en pacientes S.S.O. como tratamiento primario y como técnica de revisión tras fracaso de cirugía previa.

Se han revisado 41 pacientes a los que se realizó BGD (21 primarios por SSO y 20 reintervenidos a Bypass gástrico distal tras fracaso de gastroplastia en 9 casos y bypass gástrico en 11 casos). Ambas técnicas fueron realizadas por laparotomía ó por laparoscopia. En todos los casos el asa común media 100 cm.

- La pérdida de peso con el bypass distal es menor en la cirugía revisional que en el bypass empleado en cirugía primaria. SPP 62 % versus 82%.

- Mayor efectividad cuando el B.G.D. se practica tras una a técnica restrictiva (Gastroplastia) que tras bypass gástrico standard (SPP 75% versus 53%), significativo a 5años (U de Mann Whitney , prueba no parametrica dado el n pequeño).

No hubo mortalidad en ningún paciente , mayor estancia en cirugía de revisión y desnutrición únicamente en BGD primario.

En pacientes S.S.O. el BGD es una alternativa valida de entrada.

El BGD es más efectivo tras fracaso de gastroplastia que de bypass gástrico.

El seguimiento clínico es imprescindible.

C5.4 MA-NOS transvaginal: nuestra experiencia en gastrectomía tubular

Ibarzabal Olano A¹, Delgado S¹, Corceles R¹, Fernández-Esparrach G², Lacy AM¹

¹Servicio de Cirugía Gastrointestinal. Hospital Clinic Barcelona.

²Servicio de Gastroenterología. Hospital Clinic Barcelona.

Introducción: La Cirugía en general, ayudada por los avances técnicos, está adquiriendo una tendencia hacia la "mínima invasión". Recientemente, y persiguiendo esta tendencia, los orificios naturales se han convertido una vía más de abordaje quirúrgico. En nuestro centro, hemos implementado esta técnica utilizando la vía

transvaginal realizando una procedimiento híbrido que denominamos MA-NOS (Mini Laparoscopic Assisted Natural Orifice Surgery). En esta comunicación reportamos nuestra experiencia en cirugía bariátrica.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en Gastrectomía Tubular con la técnica MA-NOS en pacientes con obesidad mórbida.

Métodos: Estudio prospectivo realizado en un grupo de pacientes intervenidos mediante la técnica MA-NOS en nuestro hospital entre Junio de 2008 y Octubre de 2009.

Resultados: Se intervinieron seis pacientes con obesidad mórbida. La técnica realizada fue una gastrectomía tubular por MA-NOS en todos los pacientes. La edad media de los pacientes fue de 65.5 años y el índice de masa corporal medio fue de 41,5 kg/m² (37-48). Cinco pacientes tenían más de dos comorbidades. El tiempo operatorio medio fue de 167,5 minutos (110-245) y la estancia hospitalaria media fue de 3,8 días (2-10). Durante el curso postoperatorio, se evidenció un fallo de la línea de sutura que fue reintervenido por vía laparoscópica presentando posteriormente una correcta evolución.

Conclusiones: Los resultados de nuestra experiencia inicial son comparables con los datos iniciales de la técnica de la gastrectomía tubular por vía laparoscópica. Estos resultados nos animan a considerar la técnica MA-NOS como una alternativa a la cirugía laparoscópica convencional.

C5.5 Gastrectomía vertical en manga y resolución de la diabetes tipo 2

Sosa Gallardo N¹, Simon CE², Bechetti I, Almada M²J, Herrero M, Sosa Gallardo CJ

¹Centro de Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad Mórbida y Enfermedades Metabólicas (C.T.O.M.). Córdoba. Argentina. ²Hospital Córdoba. Servicio De Cirugía. Córdoba. Argentina.

Introducción: La cirugía bariátrica surge como una alternativa para el tratamiento de la obesidad mórbida (OM), lo asombroso ha sido la mejoría y la resolución de las comorbidades, entre ellas, la diabetes.

Material y método: Estudio retrospectivo, se incluyeron 44 pacientes con DBT2 operados con GM entre diciembre 2005- 2009. El 72% (n = 32) eran mujeres, entre 15-68 años (media = 42,5 años). El 40 % (n = 18) DBT 2 Insulino-requiriente (IR) y el 60 % (n = 26) eran DBT 2 con antidiabéticos orales (ADO).

Resultados: Al tercer mes los pacientes DBT 2 con ADO el 100% suspendieron la medicación, los IR

tuvieron una disminución de la dosis de insulina entre el 100%-58,4%. Al año los que suspendieron la medicación continuaron sin cambios. Los pacientes DBT2 IR el 80% (n = 14) suspendieron la insulina e iniciaron tratamiento con ADO. Solo el 20% (n = 4) continuo con insulina con una disminución del 60 % de la dosis previa a la cirugía. A los 2 años los ates DBT 2 con ADO continuaron sin medicación. Los ptes. DBT2 IR que habían reemplazado la insulina por ADO , 2 de ellos retomaron la insulina aunque en dosis menores a las previas a la cirugía.

Conclusión: La GM podría ser una alternativa no solo para pacientes con OM sino también con DBT2, aunque una adecuada selección de los mismos sería importante para obtener mejores resultados.

C5.6 Gastrectomía tubular laparoscópica. Indicaciones y resultados preliminares en 21 pacientes

Ortiz Sebastian S, Díaz Lara C, Enriquez Valens P, Estrada Caballero JL, Villodre C, Rojas S, Casajuana FL Hospital General Universitario Alicante.

Objetivos: Analizar la morbilidad postoperatoria y los resultados obtenidos en 21 pacientes intervenidos de obesidad mórbida que se les ha practicado una gastrectomía tubular laparoscópica y si existen diferencias entre pacientes superobesos y no superobesos.

Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo de 21 pacientes. Se ha dividido a los pacientes en 2 grupos: 10 pacientes con IMC > 55 (superobesos), (grupo 1) y 11 pacientes no superobesos (grupo 2). El seguimiento es del 100% de los pacientes.

Resultados: De los 21 pacientes, 12 son hombres. La edad media es de 44,8 años (rango 24-59). El peso medio preoperatorio era de 149 kg (169 kg grupo 1 y 131 kg grupo 2) y el IMC preoperatorio de 54,8 (62,2 grupo 1 y 48,1 grupo 2). La morbilidad postoperatoria ha sido del 23% y la mortalidad nula. Se han realizado 2 reintervenciones, ambas en superobesos. La pérdida de peso postoperatoria ha sido satisfactoria en todos los pacientes, siendo el %SPP a los 6 y 12 meses del 59% y 72,2% (52,4% y 65% grupo 1 y 66% y 82,5% grupo 2) y el IMC a los 6 y 12 meses de 37,7 y 33,2 (43,7 y 38 grupo 1, y 31,6 y 27,2 grupo 2).

Conclusiones: La gastrectomía tubular laparoscópica es una técnica eficaz en la pérdida de peso a corto-medio plazo en pacientes con obesidad mórbida aunque menos en superobesos. Es una técnica que no está exenta de morbilidad, sobre todo en pacientes superobesos.

C5.7 Incidencia de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica con y sin extensión de la profilaxis antitrombótica

Cano Valderrama O, Domínguez Serrano I, Ferrigni González C, Gortázar Pérez-Somarriba A, Cárdenas Crespo S, Martín García-Almenta E, Cabrerizo L, Sánchez Pernaute A, Rubio MA, Torres García AJ
Hospital Clínico Universitario San Carlos.

Introducción: La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es una de las complicaciones más graves que puede aparecer tras la cirugía bariátrica. Su incidencia puede llegar hasta un 2,4% y su mortalidad al 0,3%. Actualmente se recomienda extender la profilaxis antitrombótica hasta completar 28 días tras la intervención.

Objetivo: comparar la incidencia de ETV tras el alta hospitalaria en pacientes con o sin extensión de la profilaxis tromboembólica (EPT).

Pacientes y método: 386 pacientes intervenidos por obesidad mórbida entre 2000 y 2009 fueron incluidos en este estudio. Se excluyó a los pacientes que tomaban anticoagulantes orales antes de la intervención o aquellos que sufrieron una ETV durante el ingreso hospitalario.

Resultados: 375 pacientes fueron finalmente incluidos en el estudio. De ellos el 71,8% eran mujeres, la edad media era de 43 años y el peso medio 125,6 kg 120 pacientes (31,9%) recibieron EPT con Clexane 60 mg al día. 4 pacientes sufrieron una ETV tras el alta hospitalaria, falleciendo uno de ellos por esta razón. Ninguno de los pacientes afectados había recibido EPT. La incidencia de ETV en pacientes sin EPT fue del 1,56%; mientras que la incidencia en pacientes con EPT fue del 0%. Esta diferencia no alcanzó significación estadística.

Conclusión: la ETV es una complicación importante tras la cirugía bariátrica. La EPT es una manera eficaz de disminuir la incidencia de esta complicación y debe ser recomendada para todos los pacientes intervenidos por obesidad mórbida.

C5.8 Reintervención laparoscópica por dehiscencia de sutura tras Scopinaro laparoscópico

Casado Maestre M^aD, Arroyo Pareja L, Molina García D, Pérez Andrés M, Martos Martínez JM
HH UU Virgen Del Rocío. Sevilla.

Objetivo: En cirugía de la obesidad, la dehiscencia de sutura es una de las complicaciones más temibles. Pre-

sentamos un video de un abordaje laparoscópico de dehiscencia de sutura de Scopinaro.

Material y métodos: Paciente varón con IMC = 62,49, intervenido de Scopinaro modificado laparoscópico, cerrando los orificios de la endograpadora con sutura manual en el pie de asa y con sutura mecánica en la gastro-entero-anastomosis. Las primeras horas de postoperatorio transcurren sin incidencias, apareciendo tras 24 horas, fiebre persistente de 38° y en las últimas horas se apresa un débito turbio por el drenaje localizado en la anastomosis gástrica. Para evitar demoras con otras pruebas, se le administra azul de metileno y se objetiva su salida por el drenaje por lo que se decide reintervención inmediata.

Resultados: Se reinterviene vía laparoscópica, evidenciando plastrón inflamatorio localizado en hipocondrio izquierdo, tras cuya disección se identifica dehiscencia completa de la línea de grapas de cierre del muñón intestinal, con indemnidad de la gastro-entero-anastomosis y del resto de suturas gástricas. Se realiza sutura manual continua con seda 2/0. Se realiza limpieza de la zona y se deja drenaje aspirativo próximo a la sutura. Reinicio de dieta oral a los 5 días. Alta al séptimo día. Evolución posterior ha sido favorable.

Conclusiones: El diagnóstico y tratamiento precoz de las dehiscencias de sutura en los pacientes intervenidos por obesidad mórbida requiere un alto índice de sospecha y una actuación rápida y decidida.

C5.9 Rotación y/o plicatura gástrica obstructiva, dos posibles complicaciones tras gastrectomía tubular por laparoscopia

Ferrer Valls JV, Sanahuja Santafé A, Saiz Saiz-Sapena N, Cester Ves D
Hospital 9 De Octubre. Clínica Obésitas. Valencia.

Introducción y objetivos: Durante la gastrectomía tubular por laparoscopia, pueden presentarse problemas funcionales o anatómicos imprevisibles. Presentamos dos casos con rotación y plicatura gástrica respectivamente, tras gastrectomía tubular por laparoscopia, su resolución quirúrgica y evolución.

Pacientes y resultados:

1- Paciente mujer, 37 años, IMC 47,6, que tras gastrectomía tubular por laparoscopia sobre sonda de 32 FR, se observa una intensa rotación sobre la "incisura angularis" del estómago, cerrando la luz gástrica.

Causas: Durante la gastrectomía, dibujamos inadvertidamente, una línea de grapas que se desvía hacia la cara anterior, produciendo una rotación y cierre de la luz gástrica.

Solución: Liberación y remodelación con sutura continua del antro, y fijación a estructuras vecinas.

Evolución: IMC a los 24 meses 26. Buena calidad de vida en la ingesta.

2- Paciente varón, 45 años, IMC 46, gran obesidad troncular, DM, hiperuricemia, hipercolesterolemia, SAOS. Finalizada la sección gástrica, observamos que el estómago es "aspirado" por el diafragma, plicándose sobre la "incisura angularis", cerrando la luz gástrica.

Causas: El menor tamaño del estómago y la ausencia de fijaciones en vecindad, asociado a un diafragma izquierdo muy dilatado, permite el desplazamiento del estómago hacia el cerrando la luz. Decidimos actitud expectante. Evolución desfavorable, no pudiendo ingerir sólidos a las 5 semanas.

Solución: Intento fallido de colocación de un Sten temporal. Decidimos reintervención, realizando bypass gástrico por laparoscopia, sin incidencias.

Evolución: IMC a los 24 meses 31,7. Buena calidad de vida en la ingesta.

Conclusiones: Se comentan las posibles alternativas terapéuticas y decisiones tomadas.

C5.10 Tratamiento laparoscópico de fístula gastrogástrica post-bypass laparotómico

Martín Gómez M, Arias R, Ouaftech A
Hospital Nisa Aljarafe.

Objetivo: presentar en video el tratamiento realizado por laparoscopia en paciente previamente intervenida de By-pass gástrico por laparotomía complicado de fístula gastrogástrica.

Material y método: Mujer de 48 años intervenida dos años antes de Bypass gástrico por cirugía abierta. A los dos años de la intervención comienza a recuperar peso rápidamente debido a fístula gastrogástrica demostrada en estudio gastroesofágico baritado. Se intervino quirúrgicamente por abordaje laparoscópico realizándose gastroscopia intraoperatoria para localizar la fístula, seccionándola mediante endogía. La paciente presentaba una eventración poslaparotómica que fué corregida en la misma intervención mediante malla de PTFe fijada con helicocuturas.

Resultados: No hubo complicaciones intra ni postoperatorias encontrándose la paciente a los dos años de la intervención con una pérdida de peso adecuada y con la eventroplastia continente.

SESIÓN 6

C6.1 Gastrectomía en manga, nuestra experiencia en un centro de Argentina

Sosa Gallardo CJ, Simon CE, Bechetti I, Almada M^aJ, Herrero M, Sosa Gallardo N

¹Centro de Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad Morbida y Enfermedades Metabólicas (C.T.O.M.). Córdoba. Argentina. ²Hospital Córdoba. Servicio de Cirugía. Córdoba. Argentina.

Introducción: En septiembre del 2004, nuestro Centro inicio un programa multidisciplinario de cirugía bariátrica en la ciudad de Córdoba, Argentina. Al año incorporamos la Gastrectomía en Manga (GM).

Métodos: Entre diciembre de 2005 y 2009 se realizó GM a 218 pacientes; 96 abiertos (GMA) y 122 Laparoscópicos (GML). Sexo femenino 157 (72%). Edad 42,5 años (15-68). Con un IMC de 47,6 y un exceso de peso de 62 kilos, promedios.

El 43% presentaban más de 3 comorbilidades y el 20% diabetes tipo II (DBT2).

Resultados: Se presentaron 14 (6,4%) contratiempos intraoperatorios, resueltos durante la cirugía.

Postoperatorio: Inmediato (< 15 días); 18 complicaciones (8,25%). Posterior a la GMA 13: 3 fístulas, 3 hemorragias, 3 flemones y absceso intraabdominal, 3 neuropatías y 1 evisceración. Posterior a la GML 5: 2 hemorragias, 1 hematoma de pared, 1 absceso intraabdominal y 1 fístula.

Postoperatorio: mediano (> 15 días); 4 complicaciones, 2 fístulas, 1 absceso y 1 estenosis todos posterior GMA. Fallecieron 3 pacientes (1,37%), 2 posterior GMA.

A los 3 años, el 41% presentaban IMC de 32,4 y un porcentaje de exceso de peso perdido de 62,4%. Las comorbilidades mejoraron a partir del 2.º mes y al 3.º mes los pacientes con DBT2 remitieron considerablemente.

Conclusiones: Las complicaciones fueron significativamente mayores en la GMA y durante la curva de aprendizaje. Al tener la GML buenos resultados y menos morbilidades, la hace una opción interesante para el tratamiento de la Obesidad Morbida.

C6.2 Estudio comparativo entre gastrectomía tubular laparoscópica convencional y transumbilical por puerto único

Delgado Rivilla S, Ibarzabal A, Adelsdorfer C, Corcelles R, Florez L, Lacy AM

¹Servicio de Cirugía Gastrointestinal. Hospital Clinic Barcelona. ²Servicio de Endocrinología. Hospital Clinic Barcelona.

Introducción: La gastrectomía tubular ha ganado espacio en el armamentario quirúrgico contra la obesidad. El puerto único transumbilical ha demostrado ser una alternativa atractiva de mínima invasión.

Material y métodos: Estudio comparativo de los primeros 16 pacientes consecutivos sometidos a gastrectomía tubular por puerto único transumbilical (A) con los 16 últimos (B) y los 16 primeros (C) pacientes intervenidos por vía laparoscópica. Todos los casos fueron operados con el mismo protocolo y equipo.

Resultados: Los 16 pacientes intervenidos por puerto único, no presentaron diferencias respecto de los otros grupos en edad, sexo, número y tipo de comorbilidades, clasificación ASA ni antecedente de cirugías abdominales previas. El IMC fue significativamente menor ($p < 0,001$) en el grupo de puerto único. El tiempo operatorio (104 min) fue significativamente menor en el grupo de puerto único que en los primeros 16 por vía laparoscópica ($p < 0,001$), pero significativamente mayor que en los últimos 16 casos laparoscópicos (50 min). La estancia del grupo de puerto único fue significativamente menor (2d), respecto del grupo de los primeros casos por vía laparoscópica, e igual que en los últimos casos por laparoscopia. No hubo conversiones a cirugía abierta en ninguno de los pacientes intervenidos por vía laparoscópica y una conversión a cirugía laparoscópica en el grupo de puerto único, sumando 3 trócares al procedimiento. No encontramos diferencias significativas en morbilidad entre ninguno de los grupos.

Conclusiones: La gastrectomía tubular por puerto único transumbilical ha demostrado ser un procedimiento seguro, técnicamente realizable y reproducible, con resultados superponibles a la cirugía laparoscópica convencional.

SESIÓN 7

C7.1 IMC esperable tras cirugía bariátrica

Baltasar A¹, Pérez N², Serra C², Bou R^{1,2}, Bengochea M^{1,2}
¹Clínica San Jorge. ²Hospital Alcoy. Alicante.

Introducción: El IMC es la mejor medida para evaluar la obesidad porque tiene en cuenta la altura de los sujetos. El % perdido en Exceso de del IMC (PPEIMC) se utiliza para medir los resultados en pacientes operados es una forma inadecuada porque el IMC punto final u objetivo es 25 como pero esto que puede valer para los obesos mórbidos no lo es para los superobesos.

Fin: Encontrar una fórmula del PPEIMC que sirva para TODOS los pacientes, y sea independiente de raza, estatus social y tipo de operación bariátrica.

Pacientes y método: Se han estudiado 7.412 pacientes con IMC inicial (IMCI) entre 35-70 y un IMC final (IMCF) a más de 3 años con diferentes cirugías (bandas, bypass gástrico y derivaciones bilio-pancreáticas) y de diferentes continentes (1 Canadá, 2 USA, 1 Colombia, 1 Alemania, 1 Italia and 14 in España). Con un análisis estadístico de regresión lineal se ha sacado una fórmula de IMC Esperable (IMCE) para cada paciente. "Esperable" es el valor "real" obtenido de muchos individuos dependiendo del IMCI e IMCF a >3 años.

Resultado: La fórmula obtenida es $IMCE = IMCI * 0,4 + 11,756$ y el $PPEIMCE = (IMCI - IMCF) - [IMCI - IMCI * 0,4 + 11,756] \times 100$. Hemos utilizado en vez e $IMCF = 25$ el $IMCE = IMCI * 0,4 + 11,756$. Las diferentes operaciones se ajustan con una pequeña variación de -3,4 a +8,3.

Conclusión: El resultado de IMC esperable estima de forma más fiable los resultados de todos los pacientes y las diferentes operaciones bariátricas.

C7.2 Marcadores de inflamación subclínica en la obesidad mórbida tras cirugía metabólica

Silvestre Teruel V, Ruano Gil M, Criado Gómez L, Duque López Y, Marco Mur A, García-Blanch G
 Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Objetivos: 1) evaluar el grado de inflamación subclínica originado por la obesidad mórbida (OM), su relación con el síndrome de resistencia a insulina, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular (ECV), mediante la valoración de marcadores de inflamación y 2) su evolución 10 años tras cirugía metabólica

Métodos: Análisis retrospectivo de 295 pacientes (234 mujeres y 61 hombres OM operados en nuestro Hospital, edad media = 39,0 años (16-62). El 41% sufría de HTA y el 30% de diabetes tipo 2. Previo al estudio y con tiempos de seguimiento de: 6 a 120 meses se recogen medidas antropométricas, tensión arterial y niveles de insulina (INS), glucosa (GLU), colesterol total (CT), LDL-colesterol (LDL-C), HDL-colesterol (HDL-C), relación CT/HDL-C, prealbúmina (PBA), proteína ligadora de retinol (RBP), homocisteína (HCY), proteína C-Reactiva (PCR), proteína amiloide sérica A (SAA), interleucina 6 (IL-6), ferritina (FER).) x (SD) fueron:

Resultados: Previo al estudio las medias IMC 50,1 (7,9) y CC = 124,3 (15,3). Tras cirugía IMC y CC experimentaron reducciones significativa igual que los niveles de: CT, LDL-colesterol, glicemia, insulina, PCR, IL-6, SAA, y HCY previamente elevados con ratio CT/HDL-C = 5,89 (0,8), elevándose los de (HDL-C)), alcanzando sus valores de referencia a los 24 meses de realizada, situación que se mantiene tras 120 meses.

Conclusiones: La disminución de los valores de las medidas antropométricas y de los niveles de los marcadores sugieren la existencia de una inflamación de bajo grado, la relación existente entre OM, IR y ECV y la eficacia de la cirugía.

SESIÓN 8

C8.1 Experiencia en cirugía de revisión bariátrica en 15 años en el Hospital Clínico San Carlos. Indicaciones, resultados y morbilidad

Martín Antona E, Cano Valderrama O, Cerdán Santacruz C, Quiroz Mercado P, Martín García-Almenta E, Pérez Aguirre E, Díez Valladares LI, Sánchez Pernaute A, Rubio MA, Torres García AJ
Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

Introducción: La importancia adquirida por la cirugía bariátrica hace que cada vez sean más comunes las intervenciones de revisión por las múltiples causas de fracaso descritas. La indicación de este tipo de intervenciones debe ser selectiva y realizada por equipos expertos.

Pacientes y métodos: Se analizaron las cirugías de revisión bariátrica (CRB) realizadas en nuestro servicio desde 1994. Se intervinieron 24 pacientes. Se recogieron las técnicas realizadas en primer lugar y en las CRB, así como la indicación, evolución posterior y variación de IMC y exceso de peso.

Resultados: Las indicaciones de CRB fueron vómitos de repetición (29,16%); reganancia de peso (33,3%); insuficiente pérdida de peso (25%); y DM de difícil control, síndrome de dumping, dolor abdominal, esteatorrea severa y ERGE con HDA en 4,16% cada uno de ellos, respectivamente. Las primeras intervenciones fueron GVA (14) (4 de ellos, reconvertidos a Salmon), Torres-Oca (4), banding gástrico (3), Scopinaro (2), y Salmon (1). Las CRB fueron: cruce duodenal (10), Scopinaro (5), alargamiento de asa alimentaria (2), alargamiento de asa común (1), retirada de banda (1) y SADIS (1). 7 pacientes (29,16%) presentaron morbilidad: 3 reintervenciones (1 fuga gástrica, 1 por hemorragia, 1 por absceso intraabdominal), 3 hematomas de herida quirúrgica y 1 absceso de pared. La pérdida de peso obtenida varió entre 48 y 152%.

Conclusiones: La CRB conlleva procedimientos técnicos complejos, cuyos resultados son difíciles de predecir. Conlleva una morbilidad considerable. Debe ser indicada y realizada en centros con gran experiencia en cirugía bariátrica.

C8.2 Acortamiento del asa común: una alternativa posible tras el fracaso del bypass gástrico proximal

Parreño Arenas R, Sánchez Antúnez D, Cassinello Fernández N, Mayol Oltra A, Ortega Serrano J
Hospital Clínico. Universidad de Valencia.

Objetivos: En algunos casos de pacientes obesos mórbidos operados de bypass gástrico se produce una insuficiente pérdida de peso. El objetivo del trabajo es determinar la eficacia de la conversión a distal del bypass gástrico en estos pacientes.

Métodos: 10 pacientes intervenidos de obesidad mórbida con reganancia de peso fueron diagnosticados de fracaso de bypass gástrico. Se les realizó un acortamiento del asa común, desde unos valores iniciales de $313 \pm 99,8$ hasta $74,5 \pm 13,4$ cm. Se analizaron el IMC, glucosa, proteínas totales, albúmina, transferrina, hierro, hemoglobina y hematocrito, previos a la reintervención y tras un seguimiento mínimo de un año. Se empleó la t de Student apareada (p significativa $< 0,05$).

Resultados: La media de IMC inicial fue de $49,1 \pm 6,6$ kg/m^2 . Tras el bypass alcanzaron $37,1 \pm 7,6$ kg/m^2 de IMC, pero sufrieron una reganancia posterior hasta $42,7 \pm 5,3$ kg/m^2 . El IMC final tras la reintervención fue de $38,3 \pm 4,1$ kg/m^2 ($p = 0,0015$). El análisis de los parámetros nutricionales no mostró alteraciones significativas. Los pacientes presentaron una media de 3 deposiciones diarias tras un año de seguimiento.

Conclusiones: La cirugía de acortamiento del asa común tras fracaso de un bypass gástrico añade una moderada pérdida de peso, sin alterar los parámetros nutricionales y manteniendo una aceptable calidad de vida.

SESIÓN 9

C9.1 Bypass gástrico laparoscópico con banda a partir de los 60 años

Cruz Vigo JL¹, De la Cruz Vigo F², Canga Presa JM³, Sanz de la Morena P, Gómez Rodríguez P, Martínez Pueyo JI
¹Clínica San Francisco. León. ²Sanatorio Nuestra Señora del Rosario. Madrid. ³Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos: Evaluamos los datos quirúrgicos, las complicaciones y la evolución ponderal y de las comorbilidades de pacientes operados a partir de los 60 años.

Pacientes y métodos: Desde Junio de 1999 hasta Octubre de 2009 se han operado 1.271 pacientes por obesidad mórbida, todos ellos mediante bypass gástrico lapa-

ros cópico con banda. Cuarenta y seis pacientes tenían más de 59 años (3,6%). Su edad media era 62,5 años (60-70) y el 82% eran mujeres. El IMC medio era 47,3 (34-61). El 43% eran superobesos. La media de comorbilidades por paciente, 3.

Resultados: Tiempo operatorio 155 minutos. No ha habido ninguna conversión. La estancia hospitalaria ha sido 3,9 días. Un 19% ha precisado colecistectomía. Una fístula por una perforación yeyunal, que requirió reintervención, ha sido la única complicación (2,4%). A los 24 meses, el porcentaje de exceso de peso perdido ha sido el 72% y el porcentaje de caída del IMC el 67%. A los 48 meses del 76%. El porcentaje de mejoría y/o resolución de las comorbilidades ha sido: hipertensión 92%, diabetes 95%, hiperlipemia 75%, osteoartritis 100%, saos 100%.

Conclusiones: A partir de los 60 años, los obesos mórbidos pueden ser operados sin un aumento de la morbilidad y con una evolución ponderal similar.

C9.2 Cambios en la densitometría ósea y en los marcadores bioquímicos de remodelado óseo tras cirugía bariátrica laparoscópica

Crous i Masó X, Ramón Moros JM, Vial Gallardo M, Pera Román M, Puig Campaño S, Goday Arno A, Nogués Solan X, Grande Posa L
Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivo: Evaluar el efecto sobre el remodelado óseo en la cirugía bariátrica.

Material y métodos: Ensayo clínico con 15 mujeres, asignadas aleatoriamente a Bypass gástrico en Y-de-Roux o Gastrectomía tubular (GT), con edad promedio de $48,1 \pm 8,8$ años, IMC de $44,0 \pm 2,7$ kg/m² y comorbilidades. Se recogieron N-Telopéptido, Fosfatasa Alcalina Ósea (FAO), PTH, Vit-D 1,25, Vit-D 25-OH, y porcentaje de pérdida de masa ósea (PPMO) medido por densitometría en columna, fémur y radio, basal y a los 12 meses. Se utilizaron Chi² de Pearson y exacto de Fisher para variables categóricas; t-test pareado y test de Wilcoxon para variables continuas. Se aplicó modelo de regresión lineal múltiple para evaluar PPMO.

Resultados: No existieron diferencias en las variables biodemográficas, clínicas, PTH y Vit-D 25-OH. Si hubo diferencias en IMC a los 12m ($30,5 \pm 2,6$ vs $26,3 \pm 2,8$; $p = 0,010$), mayor en GT; y en la pérdida de peso ($32,4 \pm 8,7$ vs $45,4 \pm 9,2$; $p = 0,015$) y el tiempo operatorio ($2,5 \pm 0,3$ vs $1,9 \pm 0,2$; $p = 0,001$), menores para el grupo GT. El N-Telopéptido aumentó significativamente en ambas técnicas ($56,4 \pm 26,9$ nmol/mmol; $p = 0,003$) en cambio la FAO disminuyó en global, significativa en el grupo con GT ($p = 0,043$). La Vit-D 1,25 aumentó significativamente en ambos grupos (p

$= 0,008$). Respecto el PPMO fue significativo para ambas técnicas quirúrgicas en columna lumbar y fémur, no así en tercio distal del radio ni radio ultra-distal, sin demostrarse diferencias entre ambas técnicas quirúrgicas.

Conclusiones: El remodelado óseo aumenta tras cirugía en ambos grupos. El PPMO en columna y cuello del fémur es significativo para ambas técnicas, sin diferencias entre ellas.

C9.3 Evolución de las alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono en pacientes obesos mórbidos operados con la técnica de Scopinaro con gastrectomía o preservación gástrica

González de Francisco T, González Herraiz L², Simó Fernandez V³, González Elosua T, Urioste Fondo A, Vidal Casariego A, Cano Rodríguez I, Ballesteros Pomar M⁴D
¹Complejo Asistencial de León. Servicio de Cirugía. ²Complejo Asistencial de León. Servicio de Endocrinología. ³Hospital Infanta Sofía. San Sebastian de los Reyes. Servicio de Cirugía.

Introducción: La diabetes tipo II (DII) y el síndrome metabólico (SM) se resuelven o mejoran en una gran mayoría de pacientes operados por obesidad mórbida con distintos procedimientos de cirugía bariátrica. Am J Med 2009; 122: 248-256.

Material y método: Hemos revisado nuestra base de datos de pacientes con obesidad mórbida intervenidos con derivación biliar pancreática según técnica de Scopinaro con preservación gástrica o gastrectomía entre Junio de 1998 y Enero de 2009. Un año después de la cirugía, se consideraron "curados" los diabéticos con una glucemia basal y una Hemoglobina glicosilada en límites.

Resultados: Analizamos la incidencia y evolución de la DII y TMHC en 161 pacientes operados con derivación biliopancreática. 81,4 mujeres, edad 41,3 (DS 11,2), peso inicial 137,7 kg (DS 21,3), IMC inicial 52,9 (DS 7,5, rango 40,0 a 76,4 kg/m²).

La incidencia de TMHC fue 35,6% DII; 23,6 manifestaron intolerancia a la sobrecarga oral de glucosa o hiperglucemia en ayunas y 18,6% manifestaron insulínresistencia con niveles de glucemia normales.

En el 97,6% de de los pacientes con DMTII la glucemia y la hemoglobina glicosilada fueron normales sin tratamiento a una media de 6,2 meses después de la DBP. El 66,9% de los pacientes presentaba Síndrome Metabólico (criterios IDF), que fue resuelto en el 96,2% después de la cirugía.

Conclusiones: La DBP de Scopinaro es una intervención quirúrgica eficaz en el tratamiento de los trastornos del metabolismo de los Hidratos de Carbono y en especial de la Diabetes Mellitus tipo II.

C9.4 Análisis de la efectividad ponderal y metabólica de la gastrectomía lineal con gastroplastia tubular (Sleeve Gastrectomy-SG) laparoscópica

Cabrera Vilanova A¹, Vives Espelta M², Sabench Pereferer F, Hernández González M, Blanco Blasco S, Socías Seco M², Piñana Campón L, Del Castillo Déjardin D

¹Hospital Universitario de Sant Joan de Reus. ²Facultad de Medicina de la Universitat Rovira I Virgili.

Objetivo: La Sleeve Gastrectomy (SG) es una técnica cuyos resultados son estudiados por numerosos grupos. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y fiabilidad de esta técnica en términos de pérdida de peso y en mejoría del síndrome metabólico en los pacientes obesos mórbidos intervenidos en el Hospital de Reus.

Material y métodos: Se han analizado a 95 pacientes intervenidos entre el 2004 y el 2009 mediante la técnica de SG. Las indicaciones fueron: IMC > 50-55 kg/m²; IMC menores con comorbilidades graves o hepatomegalías importantes y en adolescentes 8 kg/m².

Resultados: IMC medio 51,6 Comorbilidades: Diabetes Mellitus tipo II (38%); hipertensión arterial (69%); dislipemia (20%); criterios de SAOS (49%), depresión (40%) y Insuficiencia venosa crónica (20%).

Complicaciones: 3 pacientes sufrieron complicaciones mayores [1 volvulación gástrica y 2 complicaciones respiratorias] y 6 pacientes presentaron complicaciones menores (2 disfgia; 2 colecciones intraabdominales; 2 fugas subclínicas de la línea de grapas). Mortalidad global del 1 % (1 exitus por insuficiencia respiratoria). Se constataron mejorías en todas las variables analizadas, tanto clínicas como bioquímicas, ya siendo estadísticamente significativos para el IMC, la glucemia y la triglicéridemia ($p < 0,001$) en el periodo de un año post cirugía.

Conclusiones: La SG es un procedimiento excelente para el tratamiento de la obesidad mórbida. Se produce mejoría o cura del síndrome metabólico en los primeros 18 meses, siendo estadísticamente significativa para los triglicéridos y glucosa. Los pacientes con un IMC > 50 kg/m² pueden presentar pérdida insuficiente de peso y requerir la asociación de técnicas malabsortivas.

C9.5 Control de la diabetes tipo II con el bypass gástrico con banda

Cruz Vigo JL¹, De la Cruz Vigo F², Canga Presa JM², Sanz de la Morena P, Martínez Pueyo JI, Gómez Rodríguez P
¹Clinica San Francisco. León. ²Clinica Nuestra Señora del Rosario. Madrid. ³Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos: Exponer los resultados obtenidos en el control de la diabetes tipo II, con el bypass gástrico con banda por laparoscopia.

Pacientes y métodos: Desde Agosto 2005 a Octubre de 2009 hasta se han operado 648 pacientes por obesidad mórbida, todos ellos mediante bypass gástrico laparoscópico con banda. Cien pacientes consecutivos (15,4%) fueron considerados como diabetes tipo II, siendo incluidos al cumplir alguno de los siguientes criterios: glucemia basal en ayunas de 8 horas ≥ 126 mg/dl, estar en tratamiento con antidiabéticos orales, insulina o ambos. Su edad media era 48 años (24-70) y el 57% eran mujeres. El IMC medio era 45 (32-65). El peso medio preoperatorio era de 126 kg (86-186). El seguimiento ha sido del 87% con un tiempo medio de 2 años. Se han considerado los siguientes grupos: pacientes sin tratamiento (58), con antidiabéticos orales (31), con insulina (6), con ambos (5).

Resultados: El porcentaje de remisión total y/o parcial ha sido: para el grupo de diabetes sin tratamiento (100%/100%), para el grupo de antidiabéticos orales (88%/12%) y para los pacientes que precisaban insulina (87,5%/12,5%).

Conclusiones: Para los pacientes obesos con diabetes tipo II, el bypass gástrico con banda por laparoscopia se ha demostrado altamente eficaz.

C9.6 Resultados de la técnica de Scopinaro modificado por Larrad a 5 años de evolución

Muñoz Ortega A, Arroyo Pareja L, Pérez Andrés M, Razak A, Martos Martínez JM
HHUU Virgen Del Rocío. Sevilla.

Introducción: Desde que Scopinaro publicara en 1979 su técnica de derivación biliopancreática para la obesidad mórbida no han cesado de surgir modificaciones, a fin de mermar el número de complicaciones, especialmente de la malnutrición proteica. Actualmente, se recomienda la variante de Scopinaro "had hoch stomach ad hoc alimentary limb" o la modificación de Larrad comunicada paralelamente a aquella. Gracias a estas dos últimas técnicas de derivación biliopancreática se han obtenido los mejores resultados a largo plazo a la vez que se ha reducido la incidencia de malnutrición proteica.

Material y método: A continuación, presentamos los resultados en cuanto a pérdida de peso y complicaciones principales a 5 años desde a la cirugía de un grupo de 76 pacientes revisados de un total de 121 intervenidos en nuestro centro mediante la técnica de Scopinaro modificada por Larrad entre 2001 y 2004.

Resultados:

Datos ponderales:

- IMC prequirúrgico: 55,3 kg/m².
- IMC a 5 años: 37,2 kg/m².
- Disminución del IMC a 5 años: 22 kg/m².
- Peso total perdido (kg): 57,28 kg.

Complicaciones:

- Malnutrición proteica: 3,7%.
- Anemia: 55,2%.
- Diarreas: 10,5% (leve), 21% (moderada) y 13,1% (severa).
- Eventración: 28%.
- Colelitiasis: 24%.
- Obstrucción por bridas/hernia interna: 6,5%.
- Obstrucción asa biliopancreática: 0%.
- Úlcera de boca anastomótica: 2,6%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en cuanto a la pérdida ponderal y las complicaciones reafirman a la modificación de Larrad como una de las técnicas que mejor cumple los criterios de calidad establecidos. El mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo mas la independencia y capacidad alimentaria son una de las ventajas de dicha técnica.

C9.7 Programa de acondicionamiento físico tras cirugía bariátrica. Implementación y resultados preliminares en el Hospital Clínico San Carlos

Martín Antona E, Santos Capa P, De Pablos B, Vázquez Vicente D, Sánchez López E, García Botella A, Talavera Eguizábal P, Sánchez Pernaute A, Rubio Herrera MA, Torres García AJ
Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

Introducción: el seguimiento y evolución de pacientes sometidos a cirugía bariátrica se caracteriza por una particular complejidad que requiere de la intervención de varios especialistas. Muchos de ellos refieren astenia y pérdida de fuerza muscular. Hasta ahora no se ha establecido claramente la indicación y beneficios de un programa reglado de ejercicio físico.

Pacientes y métodos: se seleccionaron 15 voluntarios entre los pacientes intervenidos en un período 30 a 120 días anterior al inicio del programa. Bajo la supervisión de dos fisioterapeutas del servicio de Rehabilitación del hospital realizaron 2 sesiones semanales de 90 minutos cada una, durante 12 semanas. Los pacientes fueron sometidos a test físicos y rellenaron una encuesta de calidad de vida (EuroQol-5D).

Resultados: se objetivó una buena percepción de la calidad de vida en los pacientes voluntarios (7,7 según escala EVA para el estado de salud; 100% percibían mejora en el último año); la mayoría (88,8%) no referían problemas de movilidad ni para las actividades cotidianas (77,7%); si bien 66% referían “moderado dolor o malestar” y 33% “moderada ansiedad o depresión”. Todos manifestaron una percepción positiva sobre el programa y la pertenencia al grupo de voluntarios.

Conclusiones: Los resultados iniciales del programa sugieren efectos beneficiosos tangibles e intangibles en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Todos los participantes lo han percibido como una experiencia beneficiosa. No existe aún una evidencia científica establecida, aunque pensamos que sería recomendable plantear su implementación en centros con práctica habitual de cirugía bariátrica.

C9.8 Banda gástrica ajustable por laparoscopia. Resultados de un seguimiento a 10 años. ¿Una buena técnica?

Gómez Abril S, Martínez García R, Peris Tomás N, Torres Sánchez T, Garrigós Ortega G, Estellés N, Delgado Gomis F, Martínez Abad M

Objetivos: Evaluar los resultados en pacientes obesos mórbidos e intervenidos mediante Banda Gástrica Ajustable Laparoscópica.

Material y método: Intervenimos 104 pacientes (72 M; 40,98 años). Peso medio 132,89 kg; IMC 48,36 [36,28-66,69]. Evaluación de resultados: Medidas primarias (IMC final; %Sobrepeso Perdido (%SPP) a 2 años y al final del seguimiento. Buen resultado: IMC final < 35 y %SPP > 50. Medidas secundarias: tasa de retirada y de reintervenciones; efectos adversos a largo plazo y tasa de conversión a otra cirugía.

Se comparó pacientes con IMC al inicio inferior a 45 frente a superior a 45.

Resultados: Intervención: Se convirtió un paciente. La morbilidad fue de 3,8%, no hubo mortalidad. Con un seguimiento medio de 57 meses [12-132], el IMC final fue: 40,45 + 9,71, el %SPP a 2 años: 47,29%, el %SPP final: 35,90%.

Tasa de resultados buenos: 38%. La tasa de fracasos fue: 58% (retirada por vómitos o pérdida insuficiente). Según su IMC final: IMC < 35: 27; IMC 35-40: 24; IMC > 40: 44.

Medidas secundarias: retirada en 30,77% (vómitos incoercibles; pérdida insuficiente). Intervenciones para reparar catéter: 25%. Trastornos a largo plazo: 42,5% (vómitos, reflujo). 12 pacientes han sido convertidos a by-pass.

Estudio comparativo:

	n	IMC final	% SPP final	retirada	Buen resultado
IMC < 45	35	34,84	44,50	28,56%	48,57%
IMC > 45	69	43,04	31,93	31,89%	30,43%

Conclusiones: A pesar de los excelentes resultados postoperatorios inmediatos, el seguimiento de nuestros pacientes muestra un pobre resultado. Sólo un 38% presentaba una pérdida de peso buena. Se puede concluir que la BGAL debe ocupar un segundo plano en las técnicas de cirugía bariátrica.

C9.9 Gastrectomía tubular por laparoscopia sobre sonda de 32 Fr, en pacientes superobesos: experiencia y resultados a 12 meses

Ferrer Valls JV, Sanahuja Santafé A, Pérez Folqués E, Saiz Saiz-Sapena N, López FA, Cester Ves D, Cuartero Cano V, Melero Puche Y, Micó Pascual L
Hospital 9 Octubre. Clínica Obésitas. Valencia.

Objetivo: Exponer nuestra experiencia y resultados preliminares en manejo de pacientes superobesos, mediante la técnica de Gastrectomía Tubular por Laparoscopia, especialmente restrictiva.

Pacientes y método: Hemos intervenido 19 pacientes, con IMC > 50. Fueron sometidos a una estricta preparación preoperatoria multidisciplinar, con pérdidas entre 5 y 33 kg antes de la intervención. Todos fueron intervenidos por un mismo equipo quirúrgico y anestésico. La gastrectomía tubular se realizó sobre sonda de 32 Fr y sobrehilado con material irreabsorbible (polipropileno). No UCI. Movilización al sillón y deambulación a las 4 horas de la cirugía. Tolerancia oral a las 18 horas. Control extrahospitalario de posible fuga, mediante drenaje Jackson-Pratt y azul de metileno diario, y control de constantes.

Resultados: 9 mujeres (47,4%) y 10 varones (52,6%), edad media 38,11 años (r: 25-52). Tiempo operatorio medio 180-210 minutos. Utilizamos el fibroscopio en 10 pacientes. Ninguna conversión a cirugía abierta, reintervención. Estancia media hospitalaria 2-3 días. No infecciones, ni TVP, ni TEP, ni mortalidad. Las comorbilidades curaron o mejoraron en todos los casos. Todos los pacientes están satisfechos con la pérdida de peso y calidad de vida obtenida. Ningún paciente ha querido por el momento una segunda intervención quirúrgica.

Conclusiones: 1- El paciente superobeso puede tratarse con gran seguridad medico-quirúrgica, mediante una estricta preparación multidisciplinar y manejo operatorio poco intervencionista. 2- La gastrectomía tubular por laparoscópica se presenta como una alternativa en el control quirúrgico de pacientes superobesos, con mínima morbimortalidad en manos expertas y buenos resultados a medio plazo.

C9.10 Resultados de la Sleeve Gastrectomy: ¿un procedimiento definitivo?

Cano Valderrama O, Cervantes Juárez NJ, López de Fernández A, Rodríguez Gómez L, Matía P, Martín Antona E, Talavera Eguizábal P, Sánchez Pernaute A, Rubio MA, Torres García AJ
Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

Introducción: La Sleeve Gastrectomy (SG) fue descrita por primera vez como un primer tiempo para la realización de un Duodenal Switch (DS) en pacientes superobesos. Sin embargo, este procedimiento se está utilizando actualmente como un procedimiento definitivo.

Objetivo: Comparar los resultados de la SG en pacientes en los que se realizó esta intervención como un primer tiempo para un DS o como un procedimiento definitivo.

Pacientes y métodos: se incluyeron 37 pacientes a los que se les realizó una SG. En 25 pacientes la intervención se consideró el primer tiempo de un cruce duodenal (Grupo 1), mientras que en 12 se realizó como un procedimiento definitivo (Grupo 2).

Resultados: no hubo ningún caso de complicaciones graves ni mortalidad. El EWLP fue de 59% para el Grupo 1 y 77,8% para el Grupo 2. 11 pacientes del Grupo 1 (44%) no alcanzaron un EWLP del 50%, estos pacientes tenían un IMC preoperatorio más elevado (62 vs 58 ns) y eran significativamente mayores (42 vs 34, p = 0,03). 14 pacientes (56%) del Grupo 1 fueron reintervenidos, con un IMC medio de 44,6 y un tiempo entre las cirugías de 26,9 meses. Sólo un paciente (9%) del Grupo 2 presentaba un EWLP < 50% y ha sido programado para una reintervención.

Conclusión: la SG es una técnica segura que se puede considerar el standard de la cirugía restrictiva. Esta técnica presenta buenos resultados como técnica única en pacientes seleccionados, pero debe completarse con un segundo procedimiento en la mayoría de pacientes superobesos.

VÍDEOS

V10.1 Cruce duodenal simplificado por laparoscopia con ligadura de la arteria gástrica derecha

Pujol Gebelli J, García Ruiz de Gordejuela A, Secanella Medayo LL, Masdevall Noguera C, Rafecas Renau A
Hospital Universitari De Bellvitge. Barcelona.

Introducción: El cruce duodenal es una de las técnicas quirúrgicas bariátricas más complejas. Presenta excelentes resultados en el control ponderal y de las comorbilidades y con buena calidad de vida a corto y medio plazo. La ligadura de la arteria gástrica derecha facilita la realización de una anastomosis duodeno ileal sin tensión y sin riesgo de defecto de vascularización de la sutura.

Descripción: En este vídeo se presenta la realización de un cruce duodenal simplificado por laparoscopia con ligadura de la arteria gástrica derecha. Se inicia la disección del antro y de la primera porción duodenal abordando la sección de la arteria gástrica derecha desde la cara posterior del estómago. Este abordaje permite seccionar la arteria en su raíz y no comprometer la vascularización del muñón duodenal ni de la anastomosis duodeno ileal. Posteriormente se muestra la realización de la tubulización gástrica. Tras el conteo de las asas desde el íleon distal se marca una asa común de 1 metro y una alimentaria de 2 metros. Se realiza una anastomosis duodeno ileal antecólica término-lateral manual. A continuación se realiza el pie de asa. Finalmente se realiza el cierre del orificio de los mesos y del Petersen.

Conclusiones: El cruce duodenal por laparoscopia es una técnica quirúrgica compleja. La ligadura de la arteria gástrica derecha facilita realizar una anastomosis sin tensión sin comprometer su vascularización.

V10.2 Gastrectomía tubular tras banda gástrica y esplenectomía

Cruz Vigo JL¹, Sanz de la Morena P², Canga JM³, De la Cruz Vigo F

¹Clínica San Francisco. ²Clínica Nuestra Señora del Rosario. Madrid. ³Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos: Mostrar la técnica de la gastrectomía tubular tras el fracaso de una cirugía restrictiva de banda gástrica, con retirada simultánea de la misma.

Pacientes y métodos: Paciente de 45 años de edad, con antecedentes de esplenectomía por traumatismo. Colocación de banda gástrica por laparoscopia 4 años antes. Descenso del IMC desde 41 a 36 kg/m². Intolerancia a la carne. Hiperlipemia en tratamiento con estatinas. Secuelas traumatológicas de su accidente en miembros inferiores. En la ecografía esplenúnculo. El tránsito baritado y la gastroscopia son normales.

Acceso mediante 4 trócares. Intensas adherencias del epiplón a la pared y al tubo del reservorio. Se identifica la banda colocada prácticamente en el esófago. Sección y extracción de la misma. Gastrolisis con coagulación bipolar computarizada. Liberación del fundus intensamente adherido al diafragma. Se comienza la sección gástrica 6 cm proximales al píloro con Endograpadora 60,4 mm, sobre sonda endoluminal de 34F, hasta alcanzar el ángulo de Hiss. Sutura continua con material reabsorbible de la línea de sección gástrica. Comprobación de estanqueidad con azul de metileno. Extracción del resto gástrico en bolsa plástica ampliando un trócar. Drenaje Blake perigástrico. Extirpación del reservorio.

Resultados: tránsito con Gastrografin normal a las 24 horas. Alta a las 72 horas, sin complicaciones.

Conclusiones: La gastrectomía tubular es una buena alternativa tras fracaso de cirugía restrictiva.

V10.3 Bypass gástrico laparoscópico con banda tras dos Nissen

Cruz Vigo JL¹, Canga Presa JM², Sanz de la Morena P³, De la Cruz Vigo F

¹Clínica San Francisco. León. ²Clínica Nuestra Señora del Rosario. Madrid. ³Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos: Mostrar la técnica de bypass gástrico con banda por laparoscopia tras dos intervenciones de Nissen con recidiva y migración intratorácica de la funduplicatura.

Pacientes y métodos: Paciente de 31 años de edad, con antecedentes de funduplicatura de Nissen por laparoscopia en 2006. Reintervenida por recidiva con migración intratorácica rehaciendo el Nissen y fijándolo a los pilares. Intervenida en tres ocasiones por eventración a través de orificio de trócar y una cuarta vez por laparoscopia con colocación de malla intrabdominal. IMC: 38 kg/m². En tratamiento continuado con IBP. En el tránsito baritado se aprecia hernia hiatal paraesofágica de 6 cm. Importante reflujo radiológico.

Acceso mediante 5 trócares. Intensas adherencias del lóbulo izquierdo hepático a la región hiatal. Reducción de la funduplicatura y del saco herniario. Se deshace el Nissen que está parcialmente abierto. Cierre de los pilares diafragmáticos con dos puntos de seda 00. Se realiza el bypass gástrico con banda con la técnica habitual.

Resultados: tránsito con Gastrografin normal a las 24 horas, evidenciando ausencia de hernia, buen paso de contraste a través del reservorio gástrico con ausencia de reflujo y de extravasación. Alta a las 72 horas, sin complicaciones.

Conclusiones: La cirugía previa en la región hiatal, incluso iterativa, no es una contraindicación para el bypass gástrico.

V10.4 Bypass gástrico una anastomosis (baga) laparoscópico como cirugía de rescate tras GVA primaria por cirugía abierta

García Caballero M, Martínez Moreno JM, Mata JM^a, Osorio D, Minués A

Facultad Medicina Málaga.

Conforme pasan los años de práctica de la Cirugía Bariátrica, aumentan los casos de fracaso de la cirugía

primaria que necesita una cirugía de rescate. En la mayoría de los casos se trata de procedimientos restrictivos muchos de ellos realizados por cirugía abierta, lo que hace más demandante su reconversión en procedimientos malabsortivos ó mixtos.

Presentamos un caso de una mujer operada en 1998 con Gastroplastia Vertical Anillada por vía abierta. En los 2 años siguientes perdió 65 kg. A partir de 2000 comienza a ganar peso hasta llegar a recuperar todo el peso perdido, a pesar de la limitación y la mala calidad de vida alimentaria.

En el momento de la cirugía de rescate tenía 43 años, 1,65 m y 139 kg con IMC 51. El estudio preoperatorio demuestra una pequeña comunicación entre el reservorio gástrico y el resto del estomago que no justifica la ganancia de peso. La evaluación preoperatoria demuestra un ASA I y Mallampatti I.

Se decide realizar BAGUA laparoscópico. La cirugía tuvo una duración 238 minutos. Las primeras 2h se utilizaron para liberar las adherencias que bloqueaban toda la cavidad abdominal, lo que hace el simple acceso todo un reto. La mayor dificultad para realizar el bypass es la realización del reservorio gástrico al encontrarse la transcavidad gástrica totalmente adherida.

La evolución postoperatoria transcurre de forma normal y la paciente es dada de alta a las 48 h.

V10.5 Hernia de Petersen a los 2 años de un cruce duodenal: reducción por laparoscopia

Martín García-Almenta E, Martín Antona E, Sánchez Pernaute A, Talavera P, Cano O, López A, Torres AJ, Rubio MA
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Las técnicas bariátricas mixtas crean una serie de espacios artificiales, que pueden originar complicaciones por herniación de intestino. Su incidencia aumenta con la pérdida ponderal. Aunque la obstrucción intestinal es una forma de presentación, suelen manifestarse con cuadros de dolor crónico intermitente con o sin vómitos.

Caso clínico: Mujer de 31 años con IMC de 53,4, se practica cruce duodenal laparoscópico con anastomosis duodeno-yeyunal T-L mecánica lineal antecólica (AA 250 cm) y anastomosis yeyuno-ileal (AC 50 cm). A los 6 meses el porcentaje de exceso de peso perdido (PEPP) es del 60%, al año del 88% y al año y medio del 97,3%. Tras permanecer asintomática durante 18 meses, comienza con dolor abdominal cólico intermitente acompañado de náuseas y distensión abdominal, que ceden espontáneamente. El CT abdominal muestra una dilata-

ción segmentaria de asas de intestino delgado. Con la sospecha de hernia interna se decide laparoscopia exploradora programada, que revela que el asa alimentaria (AA) y el asa común (AC) se han herniado por el espacio entre el mesocolon transversal y el mesenterio del AA (Espacio de Petersen), provocando una torsión de la anastomosis duodeno-yeyunal. Se reduce el intestino herniado, recuperándose la torsión de la anastomosis duodeno-yeyunal, y se cierra el espacio de Petersen con una sutura continua de seda.

Conclusión: La laparoscopia exploradora en los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica que presentan clínica compatible con la existencia de una hernia interna es mandatoria. Evita el diagnóstico tardío durante un cuadro agudo cuyas consecuencias pueden ser graves.

V10.6 Laparoscopic sleeve gastrectomy for super supermorbidity using staple-line reinforcement

Catheline J-M
Department of Digestive Surgery. Hopital Avicenne. Bobigny. France.

Introduction: The laparoscopic sleeve gastrectomy is a restrictive procedure which can be proposed to morbidly obese patient. This video reports a laparoscopic sleeve gastrectomy for super supermorbidity using staple-line reinforcement.

Surgical Technique: The gastrocolic ligament is opened to six centimeters from the pylorus. The great curvature of the stomach is liberated by the ligation. A thirty four french bougie is positioned into the stomach along the lesser curvature. A sleeve gastrectomy is performed with a linear stapler parallel to the bougie along the lesser curvature of the stomach. A bioabsorbable seamguard or an absorbable polymer membrane is used while stapling. The objective is to reduce the perioperative risk of hemorrhage and leakage without implanting a permanent prosthetic material. The gastric fundus is resected and a methylene blue test is realized.

Conclusion: The sleeve gastrectomy is a definitive procedure or an interim procedure. The first step before a duodenal switch, a gastric bypass, or a re-sleeve gastrectomy.

V10.7 Major weight loss after re-sleeve gastrectomy

Catheline J-M
Department of Digestive Surgery. Hopital Avicenne. Bobigny. France.

Introduction: Re-sleeve gastrectomy after sleeve gastrectomy is a recent surgical approach in bariatric surgery. This video reports on a spectacular case.

Methods: We report on a 19 years young patient with situs inversus totalis and super superobesity (244 kg; BMI = 81 kg/m²). The patient had a laparoscopic sleeve gastrectomy followed by a second laparoscopic sleeve gastrectomy 19 months after the first because of a secondary dilatation of gastric pouch.

Results: Eighteen months after the first sleeve gastrectomy his weight was 170 kg (BMI = 56 kg/m²; %EWL = 41%). At this time we performed a re-sleeve gastrectomy and 27 months after the second sleeve gastrectomy his weight was 91 kg (BMI = 30 kg/m²; %EWL = 86%). There were no complication after the first and the second sleeve gastrectomy.

Conclusion: Major weight loss was obtained after 2 sleeve gastrectomies.

PÓSTER

P1 Complicación tras sleeve gastrectomy

Ferrer Márquez M, Belda Lozano R, Maturana Ibáñez V, Moreno Serrano A, Ferrer Ayza M, Belda Poujoulet R
Hospital Torrecárdenas.

Introducción: Aunque las técnicas restrictivas se acompañen de un menor número de complicaciones en el postoperatorio inmediato, éstas son importantes y debemos conocerlas. Presentamos el caso de una complicación tras tubulización gástrica.

Caso clínico: Paciente de 36 años, con DM y un IMC de 38 kg/m². Se interviene realizándose "sleeve gastrectomy" vía laparoscópica. El postoperatorio inmediato es favorable, a excepción de que la paciente no traga la saliva. En el tercer día postoperatorio se realiza un tránsito (como protocolo general de nuestra Unidad de Cirugía Bariátrica). Se observa un "stop" en el tercio proximal de la tubulización. Pensando en que pudiera ser consecuencia del edema postquirúrgico, se propone nutrición parenteral y se decide esperar una semana para realizar una segunda prueba mediante radiología intervencionista. En ella se evidencia claramente el "stop" completo en tercio proximal, que se confirma por gastroscopia. Se decide reintervenir a la paciente mediante laparotomía. En la cirugía se objetiva la lesión, quedando por encima una distancia de unos 3-4 cm al cardias. Ante estos hallazgos, se decide eliminar el estomago distal y realizar un bypass gástrico. El postoperatorio de la

paciente es favorable dándose de alta a los 7 días de la segunda intervención.

Conclusiones: Durante la cirugía se debe ser extremadamente cuidadoso al realizar la sección gástrica y comprobar reiteradamente que la sonda de Foucher se mantiene colocada en su sitio. Cualquier movimiento en falso de ésta puede despistar al cirujano y crear una estenosis o un stop completo de la tubulización, complicando el postoperatorio del paciente.

P2 La disociación clínico-radiológica y los hallazgos intraoperatorios justifican una actitud agresiva en obstrucciones intestinales tras by-pass gástrico

Sánchez Antúnez DJ, Parreño Arenas R, Cassinello Fernández N, Ortega Serrano J
Unidad Cirugía Obesidad. Servicio De Cirugía General. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Objetivos: Revisión de los métodos de diagnóstico y hallazgos intraoperatorios en pacientes intervenidos por obstrucción intestinal tras by-pass gástrico.

Material y métodos: Caso 1: mujer de 45 años, operada de bypass gástrico laparoscópico que refiere episodios de dolor abdominal postprandial. Acude a Urgencias por dolor abdominal y peritonismo. Rx abdomen: ausencia niveles hidroaereos. TAC: severa dilatación gástrica, dilatación marcada de marco duodenal y asas de yeyuno. Hallazgos quirúrgicos: hernia interna de asa biliopancreática. Se realiza devolvulación, cierre del meso y gastrostomía. Caso 2: Mujer de 27 años, operada de bypass gástrico abierto. Acude a Urgencias por dolor tipo cólico y dificultad para la expulsión de heces y gases. ECO: asas con peristaltismo normal. TAC: Dilatación de asas de yeyuno en vacío izquierdo, asas normales en pelvis. Se interviene objetivándose brida que estrangula asa común, realizándose adhesiolisis. Caso 3: Mujer de 34 años, operada de bypass gástrico abierto que presenta eventración no complicada y cuadros intermitentes de dolor abdominal. TAC: sin hallazgos patológicos. Hallazgos quirúrgicos: torsión de mesenterio y hernia interna, se realiza reducción y cierre de meso. Caso 4: Mujer de 35 años, operada de bypass gástrico laparoscópico, presenta cuadros de dolor abdominal y suboclusión que remiten espontáneamente, TAC: invaginación de asa de intestino delgado. Hallazgos intraoperatorios: hernia interna no complicada.

Conclusiones: La disociación entre los hallazgos radiológicos e intraoperatorios en pacientes con obstrucción intestinal tras by-pass gástrico abierto o laparoscópico hacen que el manejo deba ser mas agresivo que en pacientes obstruidos no sometidos a procedimientos de cirugía bariátrica.

P3 Calidad de vida en pacientes obesos mórbidos tras cirugía mediante la técnica del cruce duodenal

Fabra Cabrera I, Bruna Esteban M, Vázquez Prado A, Sancho Moya C, Cantos Pallarés M
Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivo: Valorar la calidad de vida apreciada por pacientes obesos mórbidos tratados mediante cirugía con la técnica del cruce duodenal.

Material y método: Hemos realizado un estudio transversal en pacientes intervenidos entre 1-1-2001 y 31-12-2006, utilizando la encuesta Impact of Weight in Quality of Life, analizando estadísticamente los datos con el programa SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: Se intervinieron 119 pacientes y 71 han participado en la encuesta (86% mujeres). El 71,4% perdieron todo el peso que esperaban. El 90% mejoró en cuanto a la percepción global de su salud; el 94% mejoró su valoración de sus relaciones sociales e interpersonales. El 91% y 97% mejoró la valoración de situación laboral y movilidad. También mejoró la valoración de su autoestima (88%), relaciones sexuales (89%), actividades diarias (100%) y actitud respecto a la comida (91%). No existen diferencias significativas entre los grupos separados por tiempo desde la intervención.

Discusión: La evaluación de la calidad de vida de los pacientes intervenidos de cirugía de la obesidad es una medida de la eficacia de la cirugía y la repercusión de la pérdida de peso en la vida de estos pacientes. Las áreas de mejora más destacadas son la movilidad, desarrollo de las actividades de la vida diaria y percepción de salud.

Conclusión: El cruce duodenal es una técnica efectiva para la pérdida de peso en pacientes obesos, consiguiendo una mejora global en la calidad de vida desde el primer año de la intervención que persiste con el paso del tiempo.

P4 Disfunción hepática, obesidad mórbida y cirugía metabólica

Silvestre Teruel V, Ruano Gil M, Criado Gomez L, Duque López Y, Marco Mur A
Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Objetivos: 1) evaluar la frecuencia existente entre pacientes con disfunción hepática (DH) intervenidos quirúrgicamente de obesidad mórbida (OM), 2) la posible reversibilidad de las mismas tras la intervención y 3) su evolución 10 años después de cirugía metabólica.

Métodos: Análisis retrospectivo de 295 pacientes (234 mujeres y 61 hombres OM operados en nuestro Hospital, edad media = 39,0 años (16-62). El 57% sufría de DH: hígado graso no alcohólico (NAFLD) o esteatohepatitis NASH), el 41% de hipertensión arterial (HTA) y el 30% de diabetes tipo 2, unido a una inflamación de bajo grado Previo al estudio y con tiempos de seguimiento de: 6 a 120 meses se recogen medidas antropométricas y niveles de insulina (INS), glucosa (GLU), aspartato aminotransferasa (AST ó GOT, alanino aminotransferasa (ALY o GPT) e índice AST/ALT.

Resultados: Previo al estudio las medias (7,9) y CC = 124,3 (15,3). Tras cirugía IMC y CC experimentaron reducciones significativa al igual que los niveles de: glicemia, insulina, ALT (alcanzando sus valores de referencia a los 24 meses de realizada, regularizándose el índice AST/ALT. Esta situación continua de realizada la cirugía.

Conclusiones: La disminución de los valores de las medidas antropométricas y de los niveles elevados demuestran la posible relación existente entre OM, (resistencia (IR) y DH) y sugieren que la aparición de la epidemia OM sea la causa más frecuente del aumento considerable de la enfermedad hepática crónica y de la utilidad de la cirugía metabólica.

P5 Cirugía metabólica: técnicas restrictivas o malabsortivas

Silvestre Teruel V, Ruano Gil M, Criado Gómez L, Duque López Y, Marco Mur A, García-Blanc G
Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Objetivos: 1) valorar la diferencia de pérdida de peso y estado nutricional de pacientes con obesidad mórbida (OM) operados mediante: técnicas restrictivas: (sleeve gástrico), malabsortivas (derivación biliopancreática de Scopinaro) o mixtas (by pass de Capella); 2) y su evolución 2 años después de cirugía metabólica.

Métodos: Análisis retrospectivo de 325 pacientes (242 mujeres y 83 hombres) OM operados en nuestro Hospital: 80 por métodos restrictivos, 2 por malabsortivos y 240 mixtos. Previo a cirugía y con tiempos de seguimiento de: 6 12 y 24 meses se recogen medidas antropométricas, niveles de: insulina y glucosa, macronutrientes proteínas totales, albúmina; micronutrientes: sodio, potasio, calcio, fósforo, hierro, magnesio, zinc, cobre, vitaminas B12, D3, E y folato.

Resultados: Previo al estudio las x (SD) fueron: medias > 50 kg/m² para IMC y > 125 cm para CC. Tras cirugía IMC y CC experimentaron descensos más significativas en las técnicas de restricción que en las de malabsorción (58,9% vs 47% durante el primer año). En el postopera-

torio en todas las técnicas encontramos: avitaminosis del complejo B, ferropenia, hipoproteinemia e hipoalbuminemia en mayor o menor grado, pero más acentuadas en las restrictivas.

Conclusiones: Los resultados obtenidos demuestran la eficacia de cirugía metabólica en el tratamiento de la obesidad mórbida y comorbilidades asociadas pero al mismo tiempo exige un estricto control clínico y bioquímico pre y post operatorio, independientemente del método utilizado.

P6 Efectos de la exclusión duodenal experimental mediante barrera física: resultados preliminares

Sabench Pereferer F, Hernández González M, Cabrera Vilanova A, Vives Espelta M, Socías Seco M, Blanco Blasco S, Sánchez Marín A, Del Castillo Déjardin D
¹Facultad de Medicina de la Universitat Rovira I Virgili. ²Hospital Universitario de Sant Joan de Reus. Facultad de Medicina.

Objetivos: El objetivo del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida es cumplir las expectativas en cuanto a resultados ponderales y metabólicos. La exclusión duodenal forma parte el pool de técnicas que configuran la cirugía metabólica como nueva disciplina. El objetivo de este trabajo es mostrar los primeros resultados en animales de experimentación en cuanto a variación ponderal y de ingesta.

Material y métodos: Animales ? Sprague Dawley de 9 semanas de edad. Grupo 1 sham y grupo 2 de exclusión duodenal. Intervención quirúrgica: Gastrotomía proximal a piloro (0,5 cm). Colocación de tubo de polietileno de 10 cm anclado en su extremo distal y proximal. Extracción de sangre antes y después de la cirugía. Determinación de Glicemia semanalmente. Calorimetría indirecta antes y después de la intervención.

Resultados: Reducción de la ingesta en una media de 5 g/día/rata (20%) las dos primeras semanas después de la cirugía en el grupo intervención. Peso: Disminución significativa de los valores medios después de la cirugía en el grupo intervención, colocándose por debajo de la curva de peso que le tocaría tener por su edad cronológica (9% de pérdida de su peso absoluto). Glucemia: Disminución significativa de los valores medios antes y después de la cirugía en el grupo intervención, teniendo en cuenta que no son ratas diabéticas (media 128 mg/dl a una media de 105 mg/dl).

Conclusiones: Estos resultados están sometidos a la condición basal de no obesidad. Segunda fase en proceso de realización aplicando el mismo protocolo en animales obesos engordados mediante dieta cafeteria 4 semanas.

P7 Infarto esplénico parcial en el marco de una gastrectomía lineal con gastroplastia tubular

Socías Seco M^{al}, Sabench Pereferer F, Hernández González M, Blanco Blasco S, Vives Espelta M, Cabrera Vilanova A, Sánchez Marín A, Del Castillo Déjardin D
¹Hospital Universitario de Sant Joan de Reus. ²Facultad de Medicina de la Universitat Rovira I Virgili.

Objetivo: El infarto esplénico parcial es una entidad posible en el marco de una gastrectomía tubular, aunque poco frecuente y apenas documentada. Su origen recae en el compromiso vascular de los vasos cortos. Presentamos el caso de una paciente de 50 años de edad, y como único antecedente, obesidad mórbida con un IMC de 43,5 kg/m².

Material y métodos: La paciente fue intervenida electivamente realizándose una gastrectomía lineal con gastroplastia tubular (sleeve gastrectomy) por laparoscopia sin incidencias técnicas.

El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidencias, y el TEGD a las 24 horas objetivo un paso correcto del contraste.

El 4º día postoperatorio la paciente refiere sensación distérmica (37,8°C,) y discreto dolor abdominal. A/S: 13.000 leucocitos con 80% de neutrófilos, fibrinógeno > 7 y PCR de 152. La TC informa de una imagen hipodensa interna en el polo superior esplénico que corresponde a componente de infarto con discreta cantidad de líquido anteroesplénico.

Resultados: Se inició tratamiento antibiótico manteniendo una conducta expectante. La paciente mejoró clínica y analíticamente tras finalizar el tratamiento. Fue dada de alta el 14º día postoperatorio y sigue con buena evolución y asintomática hasta la fecha.

Conclusiones: El infarto esplénico es una complicación poco frecuente después de una gastrectomía tubular, pero a tener en cuenta en casos de evolución tórpida del postoperatorio. La prueba de imagen de elección para su diagnóstico es la TC. Las anomalías anatómicas de la vascularización esplénica pueden justificar este cuadro cuyo tratamiento es conservador, excepto cuando evoluciona a absceso, en donde estaría indicada la esplenectomía.

P8 Bariatric-tool®: una base datos en cirugía bariátrica

Belda Lozano R, Ferrer Márquez M, Fernández Barrera JM, Ferrer Ayza M
 Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción: La recogida y procesamiento adecuado de los datos del paciente en una unidad de cirugía bariá-

trica son de gran importancia para valorar los resultados de la cirugía.

Material y métodos: Se realiza una base de datos Access® en colaboración con un informático y se introducen tanto de forma retrospectiva como prospectiva los datos de nuestros pacientes.

Conclusión: Permite no solo la filiación e historia clínica del paciente sino también utilidades claves para un control de calidad de nuestros resultados a largo plazo como:

- Evolución del IMC.
- Evolución del BARO.

P9 Obstrucción de intestino delgado tras bypass gástrico durante el embarazo

Granero Castro P, Castelo Álvarez E, Moreno Gijón M^a, Sanz Álvarez LM^a, García Bernardo CM^a, Turienzo Santos EO, Menéndez Dizy CR, González González JJ
Hospital Universitario Central De Asturias. Oviedo.

Objetivos: Presentamos el caso de dos pacientes intervenidas de urgencia por obstrucción intestinal durante el embarazo.

Pacientes y método: Caso 1: Paciente de 45 años, embarazada de 34 semanas, intervenida de bypass gástrico distal abierto y colecistectomía hace 30 meses. Acude por dolor abdominal generalizado de varios días de evolución, asociado a náuseas pero sin vómitos. Análítica y valoración del feto; normales. La TC abdominal objetiva dilatación de intestino delgado hasta íleon terminal. Se decide laparotomía urgente realizándose cesárea y liberación de bridas intestinales. Caso 2: Paciente de 41 años, embarazada de 16 semanas, intervenida de bypass gástrico distal abierto y colecistectomía hace 30 meses. Acude con dolor abdominal de inicio brusco en región periumbilical. Debido al cuadro de hipotensión y taquicardia se decide laparotomía urgente, encontrándose hernia interna a nivel de la yeyunoyeyunostomía. Se realiza resección de 1 metro de intestino delgado y cierre del defecto mesentérico. La paciente dio a luz 5 meses después una niña sana de 2,4 kilogramos.

Resultados: El 70% de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica son mujeres. La pérdida de peso tras cirugía bariátrica se relaciona con mayor actividad sexual y menor tasa de infertilidad. La incidencia de obstrucción intestinal tras cirugía laparoscópica es del 1,8-7,3% y en cirugía abierta del 1,3-4%.

Conclusión: Muchos casos de obstrucción intestinal en embarazadas tras cirugía bariátrica se dan en primípa-

ras, durante el primer trimestre y tras 8 meses de la cirugía. Un retraso terapéutico en este tipo de pacientes aumenta el riesgo para madre y feto.

P10 Tratamiento conservador de la fístula en manga gástrica

Guangiroli MJ, Villagra F, Molina JA, Pagano C, Leitner W, Kugler C
Clínica Pasteur.

Objetivo: La fístula de sleeve gastrectomía es una complicación que pone en riesgo la vida del paciente. La verdadera incidencia aun no es clara por escasos datos en la literatura. Los tratamientos son múltiples desde cirugía, nutrición parenteral, celantes de goma, stends, cierre endoscópico pero ninguno es totalmente efectivo.

Material y método: Se presentan dos casos de fístula gástrica post manga gástrica con tratamiento conservador.

Resultados: Caso 1: paciente femenino de 58 años, IMC: 43; a las 48 horas posoperatorio por radiología se detecta fístula en tercio superior de sleeve, relaparoscopia cierre primario con vicril 3/0. Drenaje adecuado y antibióticos. Persiste fístula, se decide manejo conservador. Comienza con nutrición naso-enteral distal, ayuno por 10 días, débito drenaje 100 cc/día. Progresión alimentación vía oral. Drenaje disminuye débito hasta el tercer mes donde se retira radiológicamente, observando dificultad pasaje tercio superior y medio de estómago y la endoscopia no demuestra estenosis. Caso 2: paciente masculino de 29 años IMC: 55; evoluciona bien primera semana de cirugía, drenaje débito purulento escaso. A los 15 días comienza con taquicardia y fiebre, velamiento seno costodiafragmático, TAC demuestra absceso perigástrico, se realiza relaparoscopia y tratamiento del mismo, la fístula se drena adecuadamente en tercio superior, antibióticos, nutrición enteral con sonda distal. Progresión alimentación oral, débito de fístula disminuye gradualmente y se retira al tercer mes.

Conclusiones: El manejo conservador de la fístula con antibióticos, drenaje adecuado, alimentación enteral distal, progresión dieta oral y control débito del mismo es una opción para pacientes con fístula de manga gástrica.

P11 Efecto de la gastroplastia tubular en el síndrome nefrótico asociado a obesidad mórbida

Gil De Bernabé MM, Garrido Garzón P, Vilarasau Farré C, Masdevall Noguera C, Garcia Ruiz de Gordejuela A, Pujol Gebelli J, Vilarrasa Garcia N
Hospital Universitario De Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La obesidad puede promover la aparición de enfermedad renal que favorece la pérdida de proteína por la orina. A su vez, el exceso de peso se acompaña de alteraciones metabólicas como la diabetes, dislipemia e hipertensión que pueden causar nefropatía. Existen pocos estudios que hayan analizado el impacto de la pérdida de peso sobre la excreción urinaria de albúmina.

Objetivo: Descripción caso clínico de un paciente con obesidad mórbida y síndrome nefrótico grave.

Material y métodos: Varón de 32 años con un IMC de 57 kg/m², afecto de síndrome nefrótico secundario a esclerosis segmentaria y focal, con respuesta parcial a inmunosupresores. Mantenía proteinuria de 34,4 g/día y una albúmina plasmática 26 g/l. Múltiples ingresos hospitalarios por anasarca.

El tratamiento consistió en intervención dietético-nutricional disminuyendo el 40% del aporte calórico total y suplementación proteica de 20 g/día. Al año se colocó un balón intragástrico para obtener una pérdida de peso significativa previa al tratamiento definitivo de su obesidad con cirugía bariátrica. Dos meses después de la extracción del balón se realizó una gastroplastia tubular por laparoscopia.

Resultados: Seis meses después de la cirugía, el paciente presentó una pérdida ponderal de 36 kg (27% del peso inicial) y la proteinuria se redujo a 4,8 g/d.

Conclusión: En pacientes con obesidad mórbida y síndrome nefrótico, la cirugía bariátrica, en particular la gastroplastia tubular como técnica de menor riesgo quirúrgico, se muestra efectiva en la pérdida de peso y reducción de la proteinuria.

P12 Cirugía metabólica de la mano de la cirugía de la obesidad

Hernández Cosido L, Sánchez Rodríguez A, García Plaza A, Jiménez Vaquero I, Escudero Hernández C, Ortega Martín-Corral LE, Gómez Alonso A
Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: El síndrome metabólico es la asociación de Diabetes Mellitus tipo 2 con obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, etc. Varios estudios han demostrado que la pérdida de peso esta asociada con descenso del riesgo de diabetes y de factores de riesgo cardiovascular.

Objetivo: Estudiar los efectos de la cirugía "metabólica" en la resolución de la DM2 y el síndrome metabólico en pacientes intervenidos de obesidad mórbida.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 114 pacientes obesos mórbidos sometidos a by-pass bilio-

pancreático, y gastroplastia tubular. La edad media de los pacientes fue de 40 años (Rango 17-64) de los cuales 97 eran mujeres y 17 hombres. La media de peso fue 130 kg (Rango 99-195) y el índice de masa corporal medio (IMC) de 49,3 kg/m².

Resultados: El 21,8% de los pacientes presentaban DM2, un 30% dislipemias, un 30% presentaban HTA, un 7,4% insuficiencia cardiaca, un 33% tenían insuficiencia venosa. Después de la cirugía el 72,3 % de los DM y el 81% de los HTA no precisaron tratamiento. El 81% mejoraron tras la intervención. La derivación BP presentó mayor grado de resolución de la DM e HTA (81% de los casos) que la gastroplastia tubular (63,6%).

Conclusiones: Este estudio sugiere que el by-pass bilio-pancreático y la gastroplastia tubular son un buen tratamiento para la remisión de la DM2 y que en la mayoría de los pacientes el síndrome metabólico se resuelve o mejora. La cirugía aporta una oportunidad de mejoría o curación de la diabetes y los factores de riesgo cardiovasculares.

P13 Presencia de helicobacter pylori en pacientes candidatos a cirugía bariátrica

Castillo García M^ªT, Berenguer Grau R del P, Abad González AL, Moreno Pérez O, Picó Alfonso AM
Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: En los pacientes candidatos a cirugía de la obesidad, la prevalencia de Helicobacter pylori (HP), según las series publicadas en la literatura, se estima en un 24-61,3%. En caso de positividad, se recomienda su erradicación por la posibilidad de su relación con úlceras marginales postintervención y desarrollo de cáncer gástrico en estómago remanente.

Objetivos: Determinar la prevalencia de HP en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Cuantificar la tasa de fallo de erradicación de HP en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron historias de pacientes obesos graves, recogándose presencia de HP, el método diagnóstico usado y el número de tratamientos pautados para erradicar HP.

Resultados: En 45 pacientes (37,5%) presentaron HP positivo; métodos diagnósticos: Clotest en el 89% de los pacientes, Test de aliento 3,3% y Anatomía Patológica 7,5%. De ellos 39 (86%) precisaron un ciclo de tratamiento, 2 (4,4%) precisaron 2 ciclos de tratamiento, 2 (4,4%) precisaron 3 ciclos de tratamiento y 2 (4,4%) precisaron 4 ciclos de tratamiento.

Conclusiones: La prevalencia de HP en obesidad mórbida es alta (37,5%), recomendando el despistaje preoperatorio rutinario. En la mayoría de los casos, es preciso un único ciclo de tratamiento para erradicación HP, con una tasa de fallo de erradicación tras tratamiento inicial del 14%.

P14 Síndrome de Bouveret en postoperado de by-pass gástrico

Castelo Álvarez E, Granero Castro P, Arias Pacheco RD, García Bernardo C, Vázquez Velasco L, Sanz Álvarez L, González González JJ
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos: Presentamos un Síndrome de Bouveret en paciente de 48 años con antecedente de cirugía previa de by-pass gástrico por obesidad mórbida.

Material y métodos: El paciente intervenido de by-pass gástrico hacía un año, acude a nuestro hospital por dolor abdominal epigástrico y malestar general. La analítica muestra leucocitosis con desviación izquierda. En la radiografía de abdomen no encontramos alteraciones y en la TC se objetiva vesícula biliar de paredes engrosadas con fístula a segunda porción del duodeno donde un cálculo de 23 mm condiciona una severa dilatación del estómago excluido. También se describe moderada cantidad de líquido libre en gotiera izquierda y pelvis. Se decide cirugía urgente. Los hallazgos intraoperatorios confirman lo descrito en la TC: Colecistitis aguda y plastrón vesículo-duodenal con cálculo enclavado. Dilatación del estómago hasta zona del plastrón con líquido perigástrico, en gotiera izquierda y pelvis. Estallido de sutura mecánica lineal del estómago excluido con salida de contenido gástrico. Se realiza gastrotomía antral con extracción de cálculo de duodeno y cierre de la perforación gástrica en la línea de sutura mecánica. El paciente evoluciona sin complicaciones.

Resultados y conclusiones: El Síndrome de Bouveret es una entidad poco frecuente que cursa con dolor y vómitos secundario a impactación de litiasis biliar en duodeno. En nuestro caso, la cirugía bariátrica previa con exclusión del estómago hace que la clínica y los hallazgos radiológicos no sean los típicos, dificultando el diagnóstico, con riesgo de distensión gástrica y apertura de la sutura previa con desarrollo de una peritonitis posterior.

P15 Resultados a cinco años de pacientes intervenidos de obesidad mórbida mediante cruce duodenal

Prat Calero A, Gonzalez Masía JA, Rueda Martínez JL, Valero Liñán AS, Abad Martínez M^a, Martínez Moreno A, Cascales Sánchez P, Usero Rebollo S, García Blázquez E
Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivo: Evaluar resultados a 5 años de pacientes intervenidos de obesidad mórbida(OM) con cruce duodenal(CD).

Material y métodos: Se recogieron datos de pacientes con OM intervenidos entre 01/2003 y 06/2004 en CHUA con CD mediante revisión de historias clínicas, y encuestas de satisfacción(ES) que los pacientes evaluaron de 1 a 10.

Resultados: Se intervinieron 30 pacientes, 23 mujeres (76,6%) y 7 hombres (23,3%) con edad media de 34,4 años (19-60). IMC medio: 53,16 (41,62-75,06). 83,3% presentaban comorbilidades.

Tiempo operatorio medio: 225 minutos (190-315). Estancia media: 8 días (6-13). Complicaciones secundarias a cirugía: 1 RGE severo, 1 vólvulo de asa común y 2 casos de vólvulo de asa biliopancreática.

Complicaciones médicas: una neumonía, una insuficiencia hepática, una IR prerrenal y un caso de malnutrición.

Sin mortalidad postoperatoria.

El IMC medio descendió a 30,43. PSP final medio: 72,31%. PEIMCP medio: 81,70%.

Con mejoría de todas las comorbilidades.

Se recogieron datos del 86,6% (26/30) mediante encuesta BAROS. 85,3% presentaron resultados excelentes o muy buenos. 64,6% ingiere todo tipo de alimentos. 34,6% vómitos ocasionales. 80,7% buen apetito. 73% diarreas ocasionales. 100% cuadros carenciales de vitaminas y oligoelementos.

76,9% dieron una puntuación de 10 en la ES.

Conclusiones: El seguimiento a 5 años muestra importante disminución de IMC, PEIMCP y PSP.

El CD muestra una pérdida de PSP similar a la derivación biliopancreática y superior al by-pass gástrico.

El CD es una operación efectiva con buena tolerancia a la alimentación y resultados a largo plazo excelentes o muy buenos en BAROS, con mejoría de las comorbilidades y buena calidad de vida.

P16 Complicaciones quirúrgicas en los primeros 100 by-pass laparoscópicos

González Costea Martínez R, Balsalobre Salmerón M^aD, Torregrosa Pérez N, Vicente González M^aR, Hervas E, Carrasco Prats M, Vázquez Rojas JL
Hospital Universitario Sta. Maria Del Rosell. Cartagena.

Objetivos: El objetivo de la presente comunicación es presentar la eficacia del by pass gástrico evaluando la tasa de complicaciones y los resultados a medio plazo.

Material y método: Se han estudiado los primeros 100 by pass gástricos realizados en el Hospital Rosell (Cartagena).

Se han valorado: datos demográficos (edad y sexo), tasa de complicaciones, tasa de mortalidad, porcentaje del exceso de peso perdido y porcentaje de exceso de IMC perdido.

Resultados: La edad media de los 100 enfermos sometidos a by pass gástrico fue de 38 años (rango: 19-62), siendo 26 varones. El peso medio e IMC preoperatorio fueron de $125,44 \pm 21,3$ kg (rango: 85-202) y 46,4 (rango: 35-73,3) respectivamente.

La tasa de morbilidad fue de un 27%. Las complicaciones precoces (58,3%) fueron: 6 hemorragias digestivas, un hemoperitoneo por hemorragia del trocar, 4 infecciones de trócares, una infección de hernioplastia, una infección urinaria y un absceso esplénico secundario a hematoma. Las complicaciones tardías (54,2%) fueron: 12 estenosis de la gastroyeyunoanastomosis (requiriendo todos dos dilataciones endoscópicas) y una pancreatitis aguda.

El PSPP y el del exceso de IMC perdido a los 24 meses fueron del 72,2% y del 80,8% respectivamente.

Conclusiones: El bypass gástrico por laparoscopia es una técnica eficaz para el tratamiento a medio plazo de la obesidad mórbida, con pocas complicaciones, escasa mortalidad, excelente pérdida de peso.

P17 Invaginación entero-entérica durante el embarazo en una paciente con bypass gastroyeyunal en Y de Roux

Cabrera Vilanova A¹, Vives Espelta M¹, Morandeira Rivas A¹, Sánchez Pérez J¹, Blanco Blasco S¹, Hernández González M¹, Sánchez Marín A¹, Piñana Campón L¹, Sabench Pereferrer F², Del Castillo Déjardin D¹

¹Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. ²Facultad de Medicina. Universitat Rovira I Virgili.

Objetivos: La invaginación intestinal en el adulto es una causa poco frecuente de oclusión intestinal. Presentamos un caso de invaginación intestinal en una gestante con antecedentes de bypass gastroyeyunal en Y de Roux practicado 5 años antes por obesidad mórbida.

Material y métodos: Paciente de 28 años gestante de 35s., que ingresa en el Servicio de Ginecología y Obstetricia por dolor abdominal agudo en hipocondrio izquierdo. La paciente presentaba mal estado general, vómitos de repetición y leucocitosis con neutrofilia en la A/S. La Ecografía abdominal evidenciaba una dilatación de asas intestinales. Debido al progresivo empeoramiento clínico y con la sospecha de oclusión intestinal, se realizó una cesárea urgente con laparotomía exploradora. En ella se apreció una invaginación entero-entérica de 90 cm. de intestino delgado a través de la anastomosis yeyuno-yeyunal con necrosis del segmento

intestinal invaginado, resecándose el mismo y realizándose una anastomosis término-terminal.

Resultados: En el postoperatorio la paciente evolucionó tórpidamente con un cuadro de fiebre, y dolor abdominal. El TC demostró líquido libre intraperitoneal. Se decide reintervención observándose un hematoma intraperitoneal sobreinfectado, realizándose lavados de la cavidad y colocación de drenajes. La paciente evolucionó favorablemente, con tolerancia oral, siendo alta a los 21 días del ingreso.

Conclusión: La invaginación intestinal en el adulto en el marco de la cirugía bariátrica es una complicación tardía excepcional. En el 85% de los casos descritos la etiopatogenia es tumoral, si bien también está descrita la pérdida significativa de peso. En estos casos un diagnóstico y actuación temprana son de vital importancia.

P18 Fracaso de la cirugía bariátrica tras la conversión de una gastroplastia vertical anillada en un by-pass gástrico por aparición de fístula entre el extremo yeunal de la anastomosis y el estómago excluido

Díaz San Andrés B, Corripio Sánchez R, Vesperinas García G Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos: Demostrar que tras un by-pass gástrico complicado puede establecerse una fístula entre el extremo yeunal de la anastomosis y el estómago excluido.

Material y métodos: Mujer de 50 años, obesa mórbida sin comorbilidades, gastroplastia vertical anillada en el 2000. Consulta en Julio 2003, con un peso de 104 kg, 147 cm de estatura y un IMC de 45. Septiembre de 2003: conversión de la gastroplastia en by-pass gástrico más colecistectomía. Reintervenida por estenosis de pie de asa y dehiscencia gástrica retrógrada. Alta a los 47 días de ingreso. Pérdida de peso adecuada (mínimo alcanzado 80,9 kg). A los 18 meses de la cirugía: estabilización con posterior ganancia ponderal, peso máximo de 100,5 kg y un IMC de 44. Durante estos 18 meses requiere cirugías de eventración y plástica. Tránsito esofagogastroyeyunal en Agosto de 2005 normal. Enero de 2009: nuevo tránsito, hallándose comunicación gastrogástrica. Se decide nueva intervención en Octubre de 2009, con abordaje subcostal bilateral, objetivándose una fístula yeyuno-gástrica (comunicación entre extremo yeunal de la anastomosis con el estómago excluido). Se realiza desconexión y sección gástrica del estómago excluido hasta región prepilórica. Postoperatorio sin complicaciones y alta al 7º día.

Resultados: Hematemesis a las tres semanas de la cirugía resuelta por endoscopia. En Diciembre de 2009 última revisión: Sintomática y 92,9 kg.

Conclusiones: El establecimiento de una fístula entre el estómago excluido y el extremo yeyunal de la anastomosis, puede ser la causa del fracaso del by-pass gástrico en la cirugía de la obesidad mórbida.

P19 Análisis de nuestra experiencia con la gastrectomía tubular a propósito de 35 casos

Sancho Moya C, Puche Pla J, Fabra Cabrera I, Cantos Pallares M, Bruna Esteban M, Oviedo Bravo M, Vázquez Prado A, Dávila Dorta D, Roig Vila JV
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Objetivo: Presentamos nuestra experiencia con la gastrectomía tubular como procedimiento para tratamiento de la obesidad mórbida.

Pacientes y métodos: De 2006 a 2010, hemos intervenido de manera consecutiva a 35 pacientes de obesidad mórbida con IMC inicial medio 49 kg/m² (39,5-67), 24 mujeres y 11 varones con una edad media 43 años (20-65), mediante la técnica de gastrectomía tubular. El 97% de los enfermos presentaba comorbilidad asociada. El riesgo quirúrgico estimado de morbilidad y mortalidad (Possum) fue de 26% y 5,6% respectivamente.

Resultados: En todos los casos hemos realizado la técnica de gastrectomía tubular. En 22 casos fue abierta y en 13 laparoscópica, con una tasa de conversión del 31%. Hubo morbilidad postoperatoria precoz en 16 casos (46%): 2 en laparoscopia y 14 en abierta; y 2 casos de éxitus. El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 9,5 días (5-25), 10,2 días (7-25) en abierta y 6,7 días (5-8) en laparoscopia. El promedio de seguimiento ha sido de 376 días (36- 1.035) con seguimiento de al menos un año en 16 casos (59%). La pérdida de peso se hizo patente en la mayoría de los pacientes a los 3 meses con un valor medio de porcentaje perdido del exceso de IMC del 35% alcanzando un porcentaje del 65% a los 12 meses.

Discusión: Presentamos una serie muy corta tanto en número como en seguimiento, pero parece que los resultados a corto y medio plazo pueden ser comparables a los obtenidos con otras técnicas.

P20 Tratamiento de las fístulas tras gastrectomía tubular en obesidad mórbida, mediante sellado endoscópico con pegamento de fibrina

Dávila Dorta D, Canelles Gamir P, Puche Plá J, Oviedo Bravo M, Sancho Moya C, Bruna Esteban M, Quiles Teodoro F, Cantos Pallarés M, Sempere García-Argüelles J, Roig Vila JV
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Objetivo: Estudio de la eficacia del tratamiento por sellado endoscópico con pegamento de fibrina, de fístulas gástricas en el cruce duodenal (CD), bypass gástrico (BG) o gastrectomía tubular (GT).

Material y métodos: Entre el 11/2007 y el 12/2009 se han operado 48 obesos mórbidos (cirugía abierta) y producido 5 fístulas postoperatorias: CD (11/2), BG (2/2 reconversiones de GVA) y GT (36/1). Sexo: 4 mujeres y 1 hombre, con mediana = 38 años (31-58) e IMC = 47 (44-52). Técnica: gastrectomía tubular adaptada a la técnica (CD, BG, GT), con sutura mecánica, más serosa continua.

Aparecen 3 fístulas en el postoperatorio inmediato, otra al 2º mes y otra al 6º mes!: colección séptica, derrame pleural y 2 gastropleurales + neumonía basal, (no peritonitis). Diagnóstico: azul de metileno (3) y gastrografín® (5). Todas subcardiales, ayuno absoluto, drenaje percutáneo más nutrición parenteral y antimicrobianos. Tras 1ª semana, nuevo tránsito: persisten todas (2 con octeótrido). Inician sesiones de sellados endoscópicos (pegamento de fibrina), previo cepillado abrasivo de orificios (todos, de 2-3 mmØ). Comprobaciones cada 1-2 semanas con rx (gastrografín), y resellados en persistencias.

Resultados: Promedio de 6.4 sellados (2-11). Una paciente falleció de sépsis por necrosis glútea-espalda (fístula cerrada). Las otras 4, curadas (100%). La estancia se prolongó en todos un promedio de 64 días (32-138 días). No recidivas en 3-19 meses de seguimiento post-sellado.

Conclusiones: El tratamiento endoscópico de las fístulas gástricas tras cirugía bariátrica mediante sellado (pegamento de fibrina), se ha mostrado efectivo en nuestra experiencia, (100%), evitando reoperaciones o aplicación de técnicas más complejas.

P21 Bypass gástrico: experiencia de nuestros primeros 200 casos

Sosa Gallardo N¹, Simon CE², Bechetti I, Almada M¹J, Herrero M, Sosa Gallardo CJ

¹Centro de Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad Mórbida y Enfermedades Metabólicas (C.T.O.M.). Córdoba. Argentina. ²Hospital Córdoba. Servicio de Cirugía. Córdoba. Argentina.

Introducción: El bypass gástrico (BPG) es considerado por muchos el "patrón oro", aunque es una técnica compleja y con una curva de aprendizaje larga, esta es nuestra experiencia inicial.

Métodos: Desde Agosto 2005 a Setiembre de 2009 se sometieron 200 ptes. a la técnica de BPG. 130 se realizaron en forma abierta (65%), 70 (35%) en forma Lapa-

roscópica. La edad media fue de 42 años (21-66), 148 fueron de sexo femenino (74%), el IMC medio fue de 49. Las co-morbilidades más frecuentes eran: Dislipemias, Hipertensión arterial, osteoartritis y diabetes tipo 2.

Resultados: De los operados por laparoscopia 10 se convirtieron (14%). 28 ptes. (14%) presentaron complicaciones dentro de los primeros 30 días póst operatorios: fístulas fueron 10 ptes. (5%). A 5 ptes. (2,5%) se les realizó esplenectomía. A 2 ptes. se les realizó colecistectomía asociada al BPG, 1 presentó coleperitoneo (0,5%). 2 ptes. presentaron Hemorragia digestiva (1%), uno cedió espontáneamente y el otro, ulcera de la gastro-yeyuno anastomosis, con endoscopia. 1 pte presentó Hemoperitoneo (0,5%), 4 ptes. (2%) dilatación aguda del estómago excluido, 4 ptes (2%) neuropatías. Luego de los 30 días post operatorios, 3 ptes presentaron estenosis de la g-y anastomosis (%). 1 pte desnutrición severa. 4 ptes (2%) fallecieron en nuestra serie. El % EPP posterior a la cirugía al mes, a los 6, 12, 24 y 36 meses fue de: 26,5; 67,7; 67,7; 72,3; 63,9 respectivamente.

Conclusiones: nuestros resultados son comparables con series más numerosas, la laparoscopia es la vía de elección, aunque de aprendizaje más largo.

P22 Obesidad mórbida de origen hipotalámico. Tratamiento mediante bypass gástrico por laparoscopia

Ortiz Sebastian S, Zubiaga del Toro L, Estrada Caballero JL, Enriquez Valens P, Díaz Lara C, Abad R, Casajuana FL
Hospital General Universitario. Alicante.

Introducción: La obesidad de origen hipotalámico es un síndrome poco frecuente. Los pacientes pueden desarrollar una obesidad extrema de muy difícil control, con mala respuesta a la dieta, actividad física o tratamiento farmacológico. Además presentan una serie de alteraciones hormonales asociadas (panhipopituitarismo) que hacen más difícil el control. En los últimos años se han descrito casos de pacientes con obesidad hipotalámica tratados con diferentes técnicas de cirugía bariátrica con unos buenos resultados.

Caso clínico: Presentamos una mujer de 22 años de edad con una obesidad de origen hipotalámico extrema, con un peso de 176 kg y un IMC de 95, asociado a un hipopituitarismo con déficit de TSH, GH y parcial de ACTH. La paciente presentaba como comorbilidades añadidas un SAOS moderado y un linfedema generalizado, sobre todo en miembros inferiores. Tras ser valorada se decide realizar cirugía bariátrica tras ayuno modificado. Se realizó un bypass gástrico por laparoscopia con un asa biliopancreática

de 150 cm y un asa alimentaria de 300 cm. No hubo complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria fue de 5 días. El IMC a los 3, 6 y 12 meses de la intervención es de 70, 67 y 64 y el % SPP del 36%, 40% y 44% respectivamente. Los resultados obtenidos en esta paciente son inferiores a los obtenidos en pacientes con obesidad de origen primario o idiopático, pero hemos conseguido mejorar sus comorbilidades y su calidad de vida.

Conclusión: Los pacientes con obesidad hipotalámica con obesidad extrema se benefician de la cirugía bariátrica.

P23 Mejora en la adecuación de la estancia hospitalaria en cirugía bariátrica tras las implantación de una vía clínica

Tamayo Rodríguez M^aE, González Valverde M, Ródenas Moncada J, Ruiz Marín M, Peña Ros E, Albaracín Marín-Blazquez A
H. General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos: Medir el impacto de la implantación de la vía clínica del bypass gástrico laparoscópico en la adecuación de las estancias hospitalarias de los pacientes ingresados para esta cirugía.

Material y método: El estudio se ha llevado a cabo en un Hospital General Universitario, en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Ha incluido todos los pacientes intervenidos con el diagnóstico de obesidad mórbida y a los que se les ha practicado un bypass gástrico laparoscópico. Se ha realizado la elaboración e implantación de la vía clínica del bypass gástrico laparoscópico. Se ha evaluado la adecuación de las estancias hospitalarias de los pacientes intervenidos por este procedimiento antes de la vía clínica. Tras la implantación de esta vía se ha realizado una nueva evaluación de la adecuación de las estancias hospitalarias del grupo de pacientes intervenidos de bypass gástrico laparoscópico. Se ha comparado la adecuación de los dos grupos de sujetos.

Resultados: La proporción de estancias inadecuadas en el primer grupo de sujetos, alcanza el 10,16% (IC: 5,18-16,34). Sin embargo, en el segundo grupo de pacientes, o sea, los incluidos en la vía clínica para este proceso, la proporción es de 1,72% (IC: 0,80-5,1), alcanzando estas diferencias significación estadística.

Conclusiones: De los resultados de este estudio se puede concluir que la implantación de la vía clínica del bypass gástrico laparoscópico se relaciona con una mejora en la adecuación de estancia durante el ingreso de estos pacientes.

P24 Cálculo del IMC esperable después de cirugía bariátrica. Estudio multicéntrico con 7.410 pacientes

Pérez Climent N, Serra Díaz C, Baltasar Torrejón A, Bou Pérez R
Hospital Virgen de los Lirios. Alcoi. Alicante.

Introducción: El PPEIMC es el parámetro más utilizado para presentar los resultados de los pacientes intervenidos por OM, basándose en la premisa de que el IMC 25 debiera ser el objetivo final.

Según nuestra experiencia el objetivo IMC 25 no debería ser considerado como una constante igual para todos los OM.

Objetivo: Conseguir por métodos estadísticos una fórmula del IMCE en función del IMC inicial y de la técnica bariátrica realizada.

Pacientes y métodos: Analizamos el IMC inicial y final de 7.410 pacientes operados con 10 técnicas bariátricas diferentes y por 20 cirujanos de distintos centros de todo el mundo.

Resultados: Hemos obtenido un algoritmo en el que $IMCE1 = 0,4 * IMC\ ini + 11,75$. Esta primera fórmula es independiente de la técnica utilizada y los coeficientes que modifican el IMC inicial tienen una significación estadística ($p < 0,0001$). La segunda fórmula de $IMCE2 = 0,435 * IMC\ ini + 13,25 + \text{Efecto Técnica}$. El efecto de la técnica bariátrica realizada ha mostrado una significación estadística ($p < 0,05$) en todas las técnicas analizadas excepto para la banda gástrica y la gastroplastía vertical anillada.

Conclusión: Según los resultados, consideramos que es posible y necesario sustituir el IMC 25 empleado para el cálculo del PPEIMC por el IMCE como objetivo final de la cirugía bariátrica. El IMCE variará en función del IMC inicial, así como por la técnica quirúrgica empleada. La utilización del IMCE estimará con mayor fiabilidad el éxito o el fracaso de cada técnica bariátrica y hará posible una mejor comparación de resultados entre diferentes técnicas y cirujanos.

P25 Bypass gástrico una anastomosis (bagua) en superobesos: pérdida de peso, corrección comorbilidades y calidad de vida

García Caballero M, Martínez Moreno JM, Mata JM^a, Osorio D, Minguez A
Facultad Medicina. Malaga.

La cirugía en superobesos siempre se enfrenta a la elección del procedimiento adecuado para resolver las

comorbilidades y alcanzar una pérdida de peso y grado de satisfacción del paciente adecuados a sus expectativas y similares a los obesos mórbidos.

Material y métodos: Se revisan 150 pacientes con más de 2 años de seguimiento. 40 hombres (27%) y 110 mujeres. Edad media 37. IMC medio 44 (35-62). En 35 pacientes IMC > 50 (edad media 38, IMC medio 53) y 115 IMC < 50 (edad media 36, IMC medio 41). Se realizó BAGUA en 5 casos con cirugía asociada, 6 cirugía abierta previa y 4 reconversiones de cirugía bariátrica previa. Controlamos tiempo operatorio, complicaciones postoperatorias inmediatas y pérdida de peso, resolución comorbilidades y calidad de vida (EuroQoL-5D y Moorehead-Ardelt II —MAII—) a los 2 años.

Resultados: El tiempo operatorio medio fue de 121 minutos en < 50 y 129 minutos en > 50. Hubo 3 complicaciones mayores con reintervención en < 50 (2%) y 1 en > 50 (2,8%). IMC medio a los 2 años fue 27 en < 50 y 29 en > 50. Las comorbilidades se resolvieron en un 90 y 87% respectivamente y mejoraron en un 10 y 13%. Puntuación media EuroQoL-5D en < 50, 5,11 y en > 50, 5,43; MAII medio en < 50, 49,95 y en > 50, 48,43.

Conclusiones: BAGUA demuestra ser igual de eficiente en superobesos que en obesos mórbidos. Sólo 17% superobesos tienen un IMC a los 2 años de 30.

P26 Resolución de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en obesos mórbidos tras bypass gástrico una anastomosis (bagua)

García Caballero M, Martínez Moreno JM, Mata JM^a, Osorio D, Minguez A
Facultad Medicina. Malaga.

La posibilidad de utilizar la cirugía gastrointestinal para tratar la DM2 ha disparado el interés por conocer el comportamiento de los distintos procedimientos quirúrgicos bariátricos en la resolución o mejora de la DM2 acompañante de algunos pacientes con obesidad mórbida.

Pacientes y métodos: Revisamos una población de 150 pacientes operados con BAGUA de más de 2 años de evolución. 27% varones y 73% mujeres. Edad media 37 años. IMC medio 44 (35-62 con 35 pacientes IMC > 50). Controlamos la presencia de DM2, edad, IMC preoperatorio, los años de evolución de DM2, su tratamiento preoperatorio, la comorbilidades acompañantes y la calidad de vida, así como su evolución a los 2 años de la cirugía.

Resultados: Se identificaron 13/150 pacientes con DM2 (8,6%). 9/13 tenían más de 50 años. 4/13 necesitaban insulina (24, 33, 53 y 54 años de edad). 2/13 eran DM2 durante más de 10 años. 5/13 eran superobesos. 1/13

se complicó en el postoperatorio inmediato. 1/13 mantiene una comorbilidad a largo plazo (superobesa > 60 años).

Conclusiones: 69% de nuestros pacientes obesos mórbidos DM2 tenían más de 50 años y solo 15% tenían una evolución superior a 10 años. En el 69% la DM2 se curó con la cirugía sin necesidad de medicación. Ninguno de los pacientes insulín-dependientes volvió a usar insulina aunque todos necesitaron 1 ó 2 comprimidos de antidiabéticos orales/día. El 100% mejoraron la calidad de vida.

P27 Dieta real de los pacientes sometidos a by-pass gástrico: características nutricionales y su relación con la pérdida de peso

Ortega Evangelio G, Sebastián Alcácer V, Parreño Arenas R, Sánchez Antúnez D, Cassinello Fernández N, Ortega Serrano J
Hospital Clínico. Universidad de Valencia.

Objetivos: Hay pocas referencias de la dieta que consumen realmente los pacientes obesos tras el by-pass gástrico. El objetivo de este trabajo ha sido recoger exactamente los alimentos de la ingesta de pacientes operados, calcular sus componentes nutricionales y evaluar su relación con la pérdida de peso postoperatoria.

Métodos: 100 pacientes intervenidos de by-pass gástrico fueron entrevistados más de un año tras la operación, recogiendo con exactitud los alimentos ingeridos en su dieta. Se hizo el análisis nutricional de estos alimentos y se evaluó su relación con la pérdida de peso, medida a través del porcentaje de pérdida del exceso de IMC (PPEIMC).

Resultados: La ingesta diaria de calorías por parte de los pacientes operados fue de 1.402 ± 280 (media \pm SD). El reparto de las mismas según los distintos principios inmediatos fue de 47% proveniente de hidratos de carbono, 38% de grasas y 15% de proteínas. El PPEIMC medio de los pacientes fue de $76,4 \pm 21$ (media \pm SD%). No hubo correlación significativa entre el PPEIMC y ninguno de los componentes nutricionales de la alimentación de los pacientes operados.

Conclusiones: En general, se pudo comprobar en los pacientes operados una ingesta adecuada de calorías, aunque había un exceso de grasas y un déficit de proteínas en la dieta. Aunque existía una tendencia a alcanzar un mayor PPEIMC en pacientes con menor ingesta de calorías, no se pudo comprobar ninguna relación estadísticamente significativa entre la pérdida de peso y el contenido en calorías o en cualquiera de los principios inmediatos de la ingesta.

P28 Sistema orvil® para la anastomosis gastro-yeyunal en el by-pass gástrico: nuestra experiencia

Sanahuja Santafé A, Ferrer Valls JV, Pérez Folques JE, Saiz Saiz-Sapena N, Aleixandre López F, Cester Ves D, Cuartero Canos V
Hospital 9 Octubre. Clínica Obésitas. Valencia.

Objetivos: Exponer nuestra experiencia en la utilización del sistema orvil® evitar la gastronomía en la introducción del cabezal en el neoestómago.

Pacientes y método: El sistema orvil® consta de un cabezal vasculante unido a una sonda nasogástrica, que permite su introducción en el neoestómago, a través de la vía oral y esófago. Hemos intervenido 9 pacientes consecutivos, con IMC entre 40-56. Valoramos posibles ventajas y las complicaciones habidas.

Resultados: El paso del sistema orvil® a través de la orofaringe y esófago, y la extracción a través del neoestómago, resulta sencilla. Simplifica la ejecución de la anastomosis gastroyeyunal, y quizá permita realizar neoestómagos más pequeños. Nuestro tiempo operatorio disminuye 35 minutos. En 4 pacientes (45% total), entre las 24-72 horas, se ha producido una infección de la incisión por donde se extrae el cabezal con los rodets anastomóticos, a pesar de la protección. La infección ha tenido características polimicrobianas, sugiriendo la procedencia oral. Todos precisaron drenaje de colección purulento y curas intensivas con H₂O₂ y antibioterapia. En dos pacientes diabéticos, la infección obligó a desbridamiento quirúrgico practicando incisiones y contraincisiones cutáneas, además de antibioterapia intravenosa. Hubo un reingreso y una prolongación de la estancia. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente.

Conclusiones: 1-El sistema orvil® facilita la técnica quirúrgica y acorta los tiempos operatorios. 2-La incidencia de infecciones por contaminación parece excesiva. La infección por flora bacteriana oral, especialmente en diabéticos, puede tener un comportamiento necrotizante. Nosotro, hemos decidido dejar de utilizar este sistema de anastomosis, a la espera de nuevos estudios.

P29 La disfunción esofágica, una complicación frecuente en los pacientes tratados con banda gástrica

Ferrer Valls JV, Sanahuja Santafé A, Melero Puche Y, Micó Pascual L
Hospital 9 Octubre. Clínica Obésitas. Valencia.

Objetivo: Analizar la frecuencia de la disfunción disfunción esofágica en pacientes portadores de banda gástrica.

Material y método: Se analiza un grupo de 98 pacientes con IMC > 35, intervenidos mediante Banda gástrica ajustable por laparoscopia, siempre con bandas de baja presión de Ethicon y Allergan. Analizamos los pacientes con clínica de disfunción esofágica resistente al tratamiento médico, el grado de dilatación esofágica, la situación de la banda y síntomas más frecuentes.

Resultados: 19 pacientes (19%) han presentado clínica de disfunción esofágica resistente al tratamiento médico. Presentaban vómitos y regurgitación frecuente. Se realizó control radiológico con bario, 7 pacientes (7%) presentaron dilatación del esófago (> 35 mm de diámetro), 9 pacientes (9%) tenían movilizada la banda y 3 pacientes (3%) sin alteraciones. El deshinchado completo de la banda mejoró la clínica siempre. A los 2 meses se hincharon nuevamente, a menor presión y con un refuerzo en la intervención dietética y psicológica. La evolución ha sido la adecuada y siguen los controles rutinarios 10 pacientes. Un paciente sufrió una movilización de la Banda después del nuevo inchado. Las bandas movilizadas, se retiraron y en 8 casos (89%) se les realizó un a gastrectomía tubular por laparoscopia en el mismo acto operatorio. Los vómitos y regurgitaciones fueron más frecuentes que en los pacientes sin disfunción ni dilatación.

Conclusiones:

- 1- La disfunción esofágica es un problema frecuente asociado a la BGAL.
- 3- La mayoría de los pacientes con disfunción esofágica responden satisfactoriamente al deshinchado de la banda, permitiendo un nuevo hinchado posterior, menos exigente.

P30 Experiencia inicial con la técnica de Scopinaro laparoscópica

Arroyo Pareja L, Muñoz Ortega A, Pérez Andrés M, Razak A, Martos Martínez JM
HHUU Virgen Del Rocío. Sevilla.

Introducción: Desde 1996 hemos realizado cirugía bariátrica (Scopinaro/Larrad). En 2006 aprendimos la técnica de Scopinaro laparoscópica. Presentamos nuestra experiencia inicial.

Objetivos: Analizar los resultados y complicaciones en los primeros 22 casos de nuestra serie.

Pacientes y método: Estudio prospectivo de 22 pacientes intervenidos entre 2007 y 2009. La técnica realizada ha sido la propuesta por el grupo del Hospital Royo Villanova con escasas modificaciones.

Resultados: De los 22 pacientes, 11 son hombres y 10 mujeres, con edades entre los 24 y los 56 años (media =

39,5). El peso medio preoperatorio fue de 157,9 kg (110-195), con un IMC medio de 55,6 kg/m² (43,02-63). Como comorbilidades destacan HTA en 11 pacientes, DM en 5, SAOS en 11. La intervención se llevó a cabo usando 5 trócares. El tiempo operatorio osciló entre 246 min y 120 min (media = 183), con disminución progresiva. No hubo diferencias significativas en el tiempo operatorio respecto al IMC. Como incidencias intraoperatorias, 2 pacientes precisaron minilaparotomía de asistencia por fallos de las endograpadoras. La estancia media postoperatoria fue de 7.76 (5-11 días). Todos los pacientes iniciaron movilización a las 24 horas, y se inició tolerancia al 3º-4º día. Los resultados iniciales de pérdida de peso son superponibles a la cirugía abierta.

Conclusiones: La técnica de Scopinaro laparoscópica es reproducible aunque con una curva de aprendizaje no despreciable, con una morbimortalidad aceptable en equipos con amplia experiencia en cirugía laparoscópica. Nuestros resultados iniciales nos animan a continuar en este camino.

P31 Achalasia y obesidad mórbida tratadas simultáneamente

Cruz Vigo F¹, Cruz Vigo JL², Sanz de la Morena P², Canga Presa JM², Gómez Rodríguez P¹, Martínez Pueyo JI¹, Gutiérrez Andreu M¹

¹Hospital Universitario 12 De Octubre. Madrid. ²Clínica San Francisco. León.

Objetivos: La asociación de achalasia con obesidad mórbida es infrecuente y puede, incluso, parecer paradójica. Las escasas referencias bibliográficas suelen referirse a casos aislados. Nuestro objetivo es valorar las peculiaridades del tratamiento quirúrgico de estos pacientes.

Material y métodos: Varón de 52 años, incluido en una serie de 1.271 pacientes operados por obesidad mórbida mediante bypass gástrico laparoscópico con banda. Consulta inicialmente por achalasia, diagnosticada 3 años antes. Presenta, además, un Índice de Masa Corporal (IMC) de 44.6, hipertensión arterial, apnea del sueño, glucemia de 133 mg/dl y esteatosis hepática. Se le plantea la posibilidad de resolver ambos problemas simultáneamente.

Resultados: Es intervenido por vía laparoscópica, realizándose una miotomía esofágica de Heller, sin añadir gesto antireflujo. A continuación se realiza bypass gástrico en Y de Roux. Tras control radiológico con Gastrografin, se inicia tolerancia a las 24 horas y se le da de alta el tercer día. El cuarto día, el paciente presenta fiebre y dolor epigástrico, demostrándose, en TAC y tránsito con Gastrografin, fuga a nivel esofágico. Es reintervenido, drenando pequeña perforación de la mucosa esofágica, que se

sutura, y colocando una gastrostomía. La fistula subsiguiente cura en 15 días. Tres años y medio tras la cirugía, presenta IMC de 30 y está asintomático respecto a la achalasia, habiendo resuelto todas sus comorbilidades.

Conclusiones: Miotomía de Heller y bypass gástrico pueden asociarse en obesos mórbidos con achalasia. No es necesario añadir antireflujo a la miotomía. Debe evitarse la hiperpresión distal y retrasarse la tolerancia oral.

P32 La hemorragia como complicación del bypass gástrico laparoscópico

Cruz Vigo F¹, Cruz Vigo JL², Sanz de la Morena P², Canga Presa JM², Martínez Pueyo JI¹, Gómez Rodríguez P¹, Yuste García P¹, Zárate Gómez J¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Clínica San Francisco. León.

Objetivos: La hemorragia es una complicación no infrecuente en el bypass gástrico laparoscópico. Su origen puede ser digestivo (intraluminal) o intraabdominal (digestivo extraluminal o parietal). Pretendemos evaluar la incidencia y tratamiento de esta complicación en nuestra serie.

Material y métodos: Desde Junio de 1999 hasta Octubre de 2009 se han operado 1271 pacientes por obesidad mórbida, todos ellos mediante bypass gástrico laparoscópico con banda. En el estudio preoperatorio se ha valorado la coagulación. Se ha utilizado heparina de bajo peso molecular como profilaxis de la trombosis venosa profunda. La hemostasia de las líneas de grapado se ha realizado mediante clips metálicos.

Resultados: Se han recogido 28 casos de hemorragia en el postoperatorio (2,2%), 15 (1,2%) de ellos intraluminales y el resto (1%) intrabdominales. Dos hemorragias digestivas precisaron reintervención laparoscópica, una por sangrado arterial en la gastroyeyunostomía y otra por rectorragia con deterioro hemodinámico y endoscopia oral negativa, en la que no se encontró punto sangrante; ambas evolucionaron sin incidencias. Otras dos fueron controladas mediante hemostasia endoscópica. Ocho (53,3%) precisaron transfusión, frente a 12 de las intraabdominales (92,3%). Cuatro de estas últimas presentaron importantes hematomas (diagnosticados por TAC) de pared abdominal con extensas equimosis cutáneas en vientre y torso. La estancia hospitalaria media de estos pacientes se ha alargado un día. No ha habido mortalidad por esta complicación.

Conclusiones: Es difícil determinar el origen de las hemorragias, sobre todo intraabdominales. La reintervención por esta causa es excepcional, no así la necesidad de transfusión. La hemostasia endoscópica es frecuentemente eficaz.

P33 ¿Es el tratamiento quirúrgico una opción en pacientes con desnutrición severa sometidos a cirugía bariátrica?

Mayol Oltra A, De Labaig Ramos P, Sánchez Antúnez DJ, Parreño Arenas R, Cassinello Fernández N, Ortega Serrano J Hospital Clínico Universitario de Valencia. Servicio de Cirugía General y del Ap. Digestivo.

Objetivos: La desnutrición calórico proteica es una complicación infrecuente tras cirugía bariátrica, que puede afectar más a pacientes sometidos a técnicas malabsorptivas que a técnicas mixtas, de difícil manejo terapéutico.

Material y métodos: Presentamos dos casos de desnutrición severa en el que el fracaso del tratamiento médico ha requerido de tratamiento quirúrgico para su correcta resolución.

Resultados: Caso 1: paciente de 30 años, con IMC 51 kg/m², sometido a cruce duodenal laparoscópico. En el postoperatorio inmediato presenta una fuga anastomótica que tras manejo conservador requiere de múltiples intervenciones quirúrgicas, desarrollando una fístula enterocutánea y un síndrome malabsortivo alcanzando un IMC < 17 kg/m² (proteínas < 5,5 g/dL, hemoglobina 7,5 g/dL, PCR > 220 mg/L). Se reinterviene realizando gastroyeyunostomía excluyente y realizando anastomosis proximal del asa alimenticia al asa biliopancreática. A los 3 meses el paciente presenta un IMC > 20 kg/m². Caso 2: paciente de 51 años, con IMC 42 kg/m² a la que se practica by-pass gástrico laparoscópico. Un año después desarrolla colelitiasis sintomática por lo que se realiza colecistectomía laparoscópica. Posteriormente desarrolló un cuadro de desnutrición, alcanzando un IMC < 18 kg/m² (proteínas < 4,9 g/dL, leucocitos < 3,5 x 10⁹/L). Se reinterviene desmontando anastomosis yeyunoyeyunal y realizando anastomosis proximal del asa alimenticia al asa biliopancreática. 6 meses después el IMC > 21 kg/m².

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la desnutrición calórico proteica tras cirugía bariátrica es complejo, aunque a veces es el último recurso cuando falla el tratamiento médico de soporte. El manejo de estos pacientes requiere de un equipo multidisciplinar.

P34 Fast-track en cirugía bariátrica: importancia del manejo del paciente obeso en las primeras 72 horas postoperatorias

Vives Espelta M¹, Cabrera Vilanova A², Hernández González M, Blanco Blasco S, Sabench Pereferrer F, Del Castillo Déjardin D

¹Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. ²Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

Objetivo: Junto al progresivo desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva se ha desarrollado el concepto de Fast-track o rehabilitación multimodal. Se trata de una combinación de técnicas encaminadas a reducir la respuesta al stress quirúrgico, optimizar la recuperación y reducir la estancia hospitalaria. Presentamos nuestro protocolo de Fast-track en cirugía bariátrica instaurado con el objetivo de alcanzar una rápida recuperación del enfermo obeso sin repercusiones en la tasa de morbi-mortalidad.

Material y métodos: La compresión neumática en el peroperatorio junto con el uso de heparina de bajo peso molecular y la sedestación y deambulación precoz previenen la aparición de fenómenos trombóticos. Iniciar fisioterapia respiratoria en el postoperatorio inmediato mediante incentivación, aseo bronquial y presión positiva continua de las vías respiratorias disminuye el riesgo de atelectasia, que en estos pacientes supera el 45%. Realización de TEGD (Gastrografin®) tras las primeras 24 h para la detección precoz de fugas anastomóticas. En ausencia de ellas se retira la SNG y se inicia dieta líquida de forma progresiva según tolerancia y un estrecho control del débito de los drenajes. Si el débito se encuentra dentro de los límites de la normalidad, éstos son retirados a las 48 h postoperatorias.

Resultados: Ante un postoperatorio correcto y sin incidencias, el paciente recibe el alta hospitalaria el cuarto día postoperatorio.

Conclusiones: La obesidad conlleva un gran número de comorbilidades asociadas de gran trascendencia en el postoperatorio inmediato. El uso de este tipo de protocolos consigue optimizar la recuperación y reducir la estancia hospitalaria de tan complejos pacientes.

P35 Reducción de la proteína transportadora del retinol después de la pérdida de peso inducido por bypass gástrico. Falta de relación con la inflamación sistémica

Broch M¹, Gómez J², Auguet T³, Vilarrasa N⁴, Sabench F⁵, Hernández M⁶, Del Castillo D⁶, Richart C⁷

¹Ciber Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ²Universidad Rovira i Virgili. Tarragona. ³Unidad de Medicina interna. Hospital Joan XXIII. Tarragona. ⁴Endocrinology and Diabetes Unit. University Hospital of Bellvitge. Barcelona. ⁵Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Rovira i Virgili. ⁶Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona. ⁷Ciber Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. Unidad de Medicina interna. Hospital Joan XXIII. Tarragona.

Objetivos: La posible relación entre la adipocina RBP4 y el grado de inflamación sistémica que el estado de obesidad conlleva ha sido poco evaluada. La pérdida de peso se asocia a una mejora de esta inflamación junto con otros desordenes metabólicos. El objetivo es estudiar el efecto de una pérdida de peso sobre los niveles sistémicos de RBP4 y analizar asociaciones con moléculas indicadoras de inflamación sistémica, además de parámetros del metabolismo de la glucosa y lipídico.

Métodos: 65 mujeres con obesidad extrema, antes y 12 meses después de un bypass gástrico en Y-de-Roux. Determinación de concentraciones sistémicas de RBP4, proteína C-reactiva, adiponectina, fracciones solubles del receptor 2 del TNF- α y interleucina-8, glucosa, insulina y perfil lipídico. Índices HOMA y QUICKI, y composición corporal por bioimpedancia eléctrica.

Resultados: A los 12 meses se observa una reducción de peso (34,7%), mejora de la inflamación sistémica (disminución de PCR, IL-8 y sTNFR2; aumento de adiponectina), la sensibilidad a la insulina y del perfil lipídico. Los niveles de RBP4 disminuyen significativamente.

RBP4 no se relaciona con ningún parámetro de inflamación ni con el grado de resistencia a la insulina, pero sí con las concentraciones de triglicéridos antes y después de la pérdida ponderal, así como negativamente con el peso perdido.

Conclusiones: RBP4 no se relaciona con el grado de inflamación en la obesidad extrema, tampoco después de una drástica reducción de peso. Su única asociación con las concentraciones de triglicéridos sugiere que, en este contexto, RBP4 podría estar implicado en el metabolismo lipídico.

P36 Efectos metabólicos del by-pass gástrico y de la gastrectomía tubular en pacientes con obesidad mórbida

Enriquez Valens P, Ortiz Sebastián S, Díaz Lara C, Estrada Caballero JL, Zubiaga Toro L, Abad Alonso R, Lluís Casajuana F
Hospital General Universitario de Alicante.

Se revisan 100 pacientes operados de obesidad mórbida durante dos años (2007-2009.)

Las técnicas quirúrgicas empleadas han sido: by-pass gástrico y gastrectomía tubular.

Se estudian especialmente sus comorbilidades, analizando en detalle, las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, en especial la diabetes tipo 2, haciendo hincapié en su mejoría, resolución o curación.

P37 Análisis de morbi-mortalidad según el sistema POSSUM en cirugía bariátrica

Díaz Lara CJ, Villodre C, Ortiz Sebastian S, Estrada JL, Enriquez P, Lluís F
Hospital General Universitario de Alicante.

En nuestro país se han publicado dos estudios con 20 (Cagigas, *Obes Surg* 1999) y 52 pacientes (Sabench, *Rev Esp Enferm Dif* 2005), respectivamente, que emplean el sistema POSSUM en cirugía bariátrica. No hemos encontrado estudios similares en la literatura internacional que validen esta aplicación.

Objetivo: Determinar si la ecuación POSSUM general es útil para predecir el riesgo de morbi-mortalidad en cirugía bariátrica.

Material y métodos: Primeros 50 pacientes consecutivos intervenidos de cirugía bariátrica en nuestra unidad. Se calculó la morbi-mortalidad esperada, y se registró la morbi-mortalidad observada. Se utilizó la prueba de Hosmer-Lemeshow para analizar la morbilidad que debería esperarse.

Resultados: La pérdida de peso durante el primer año fue del 33,9% y el exceso de peso perdido del 63,7%. Al año, estaban curados el 65% de los diabéticos tipo 2, el 37% de los hipertensos, el 47% de pacientes con dislipemia, y el 40% con síndrome de apnea obstructiva del sueño. La morbilidad media esperada fue 19,76%. Sin embargo, la morbilidad media observada fue 31,4% (11 casos en los percentiles 0-20%, 3 casos en 20-40%, 2 en 40-60%, 2 en 60-80%, y uno en 80-100%). En cambio, según la calibración Hosmer Lemeshow, deberían esperarse 5 casos en el percentil 0-20%, 2 en 20-40%, 1 en 40-60%, 1 en 60-80% y uno en 80-100%. La mortalidad esperada fue 4,24% mientras que la observada fue nula.

Conclusión: Como sucede en otras áreas de Cirugía, será necesario diseñar una ecuación POSSUM específica que mejor se ajuste al riesgo de cirugía bariátrica.

P38 Bypass gástrico laparoscópico con malnutrición calórico-proteica severa que requiere reconversión de la técnica quirúrgica

Peña Ros E, Ródenas Moncada J, Tamayo Rodríguez M^ªE, González Valverde M, Ruiz Marín M, Sánchez Rodríguez C, Albarracín Marín-Blazquez A
HGU Reina Sofía de Murcia.

Objetivos: Presentar el caso de un fracaso de bypass gástrico laparoscópico, con pérdida excesiva de peso y malnutrición calórico-proteica severa, que obliga a la reconversión quirúrgica.

Material y método: Mujer de 46 años con HTA en tratamiento, SAOS con CPAP nocturna y hernia de hiato. Fue intervenida en Diciembre de 2006 por obesidad mórbida (IMC de 45) realizando un bypass gástrico laparoscópico con asa biliopancreática de 60cm y alimentaria de 200 cm. En el postoperatorio tardío presenta crecimiento desmesurado del reservorio con estenosis funcional de la anastomosis. Tras presencia de vómitos persistentes y una excesiva pérdida de peso se decide regastrectomía, con anastomosis gastroyeyunal por vía laparoscópica el 20/11/2007. La paciente evoluciona mal, con severa desnutrición calórico-proteica, déficit de vitaminas liposolubles que no mejora con aportes nutricionales y suplementación dietética. El tránsito gastroyeyunal es normal. Biopsias yeyunales y colónicas normales. Con el diagnóstico de sospecha de episodios de sobrecrecimiento bacteriano en asa biliodigestiva se decide en la unidad la reconversión de la técnica con anastomosis gastrogástrica a remanente y reconversión de la Y de Roux con reconstrucción del tránsito intestinal fisiológico, realizándose el 10/01/2010. Debido al escaso margen de tiempo no disponemos de resultados postoperatorios definitivos a la fecha de entrega de este resumen.

Conclusión: El bypass es una técnica segura y efectiva en la pérdida de exceso de peso. De forma excepcional se presentan complicaciones como este caso, que obliga a la reversión de la técnica, aunque no existe suficiente evidencia científica en la literatura a este respecto.

P39 Perforación recidivante tardía de anastomosis gastroyeyunal en paciente intervenida de bypass gástrico laparoscópico

Peña Ros E, Tamayo Rodríguez M^ªE, Rodenas Moncada J, Escamilla Segade C, Sánchez Rodríguez C, Ruiz Marín M, González Valverde M, Albarracín Marín-Blazquez A
HGU Reina Sofía de Murcia.

Objetivos: Presentar el caso de una perforación de la anastomosis gastroyeyunal de forma tardía en dos ocasiones en la misma paciente.

Material y método: Mujer de 42 años con SAOS, Hipercolesterolemia. Fue intervenida en Diciembre de 2006 por obesidad mórbida (IMC 42) realizando bypass gástrico laparoscópico. Acude a Urgencias en Abril de 2007 por dolor abdominal, siendo diagnosticada de perforación de la anastomosis gastroyeyunal con peritonitis aguda difusa, reparada por vía laparoscópica mediante sutura. En el postoperatorio evoluciona favorablemente. En Diciembre de 2007 acude de nuevo a Urgencias por episodio de hematemesis debida a úlcera de la boca anastomótica objetivada por esofagogastroscoopia sin precisar terapéutica endoscópica, la lesión fue biop-

siada con ausencia de *H. pylori*. En Enero de 2010 acude a Urgencias por dolor abdominal, presentando nueva perforación de la anastomosis gastroyeyunal con peritonitis difusa, siendo reparada por vía laparoscópica. Se solicita determinación sanguínea de gastrina. El postoperatorio transcurre con normalidad y es dada de alta. A fecha de envío de este resumen la determinación de los niveles de gastrina no ha sido informada.

Conclusiones: La ulceración de la anastomosis gastroyeyunal presenta una frecuencia del 1-16% pero excepcionalmente progresan a perforación. En la revisión bibliográfica realizada hemos encontrado 55 casos, en ninguno de ellos de forma repetida en la misma persona. Su etiología es especulativa, y tras descartar *H. pylori* debemos descartar otras posibles causas como hipergastrinemia o el uso de AINEs de forma continuada.

P40 Monitorización del daño hepático en pacientes con obesidad mórbida previamente y tras cruce duodenal

Rueda Martínez JL, Cascales Sánchez P, Valero Liñan AS, Martínez Moreno A, Usero Rebollo S, García Blazquez E, Prat Calero A, Abad M^a

Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivos:

- Evaluar daño hepático de pacientes con obesidad mórbida(OM) previamente y tras cruce duodenal(CD).
- Describir lesiones hepáticas e identificar variables asociadas con parámetros histológicos de progresión.
- Identificar mediante variables analíticas posible evolución a fallo hepático tras CD.

Pacientes y métodos: Estudio longitudinal y prospectivo. En todos los pacientes se realizó biopsia hepática intraoperatoria. Se compararon grados de OM y comorbilidades con anatomía patológica(AP) y bioquímica hepática (BH) pre y postoperatoria.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, 36(87,8%) mujeres y 5 (12,2%) hombres. Edad: 40,32 ± 10 años. IMC: 53,5 ± 6,2 (44-75). Clasificación IMC: 11(26,8%) OM grado III, 25 (61%) IV y 5 (12,2%) V.

Comorbilidades: 11 (26,8%) DM II, 22 (53,7%) HTA y 15 (36,6%) SAOS.

AP: hígado normal 3 pacientes, esteatosis simple (ES) 26 (63,4%) y esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) 12 (29,3%).

DM se asoció en 90,9% a ES y 9,1% a EHNA. HTA 59,1% a ES y 23,3% EHNA. SAOS 73,3% a ES y 20% EHNA. En regresión logística, únicamente DM demostró significación estadística ($p < 0,05$).

GOT apareció elevada (> 31 UI/L) en 4 pacientes(9,8%), GPT(> 31 UI/L) en 9 (22%) y GGT (> 32 UI/L) en 8 (19,5%).

Postoperatoriamente GOT, GPT y GGT aumentaron en 1º mes, disminuyendo significativamente al 6º mes.

Conclusiones:

Hay una alta prevalencia de lesiones hepáticas asintomáticas en pacientes OM. Sin embargo, su gravedad no se asoció con grado de OM sino con comorbilidades como DM.

El primer mes postoperatorio BH se incrementa volviendo a la normalidad al 6º mes postoperatorio.

No encontramos relación entre EHNA y BH que permita discriminar pacientes subsidiarios de biopsia hepática postoperatoria.

No hayamos datos analíticos que describan evolución a fallo hepático tras CD.

P41 Experiencia preliminar con la técnica de la gastrectomía tubular laparoscópica en pacientes con obesidad mórbida en nuestro centro

Cascales Sánchez P, Prat Calero A, García Blazquez E, Usero Rebollo S, Martínez Moreno A, Rueda Martínez JL, Valero Liñan AS, Abad M^a

Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivo: Evaluar de forma prospectiva de nuestra experiencia preliminar con la técnica de la gastrectomía tubular laparoscópica en pacientes con obesidad mórbida (OM).

Material y métodos: Se recogieron datos de forma prospectiva de pacientes con obesidad mórbida intervenidos entre 05/2006 y 01/2010 en CHUA mediante gastrectomía tubular laparoscópica. Todos los pacientes fueron intervenidos por el mismo equipo quirúrgico formado por cuatro cirujanos y con la misma técnica quirúrgica. Las indicaciones fueron IMC < 40 con comorbilidades, IMC > 50 y edad avanzada.

Resultados: Se intervinieron 41 pacientes, 29 mujeres (70,7%) y 12 hombres (29,3%) con edades comprendidas entre 19 y 64 años e IMC entre 38 y 66,9. Las comorbilidades más frecuentes fueron la HTA y la diabetes mellitus. La estancia media fue de 6 días (5-7).

Como complicaciones secundarias a la cirugía hubo una fístula gástrica que obligó a reingresar al paciente y que cerró completamente con tratamiento conservador, con nutrición parenteral; y un hemoperitoneo que obligó a reintervenir al paciente para realizar hemostasia, evolucionando posteriormente de forma favorable y siendo dado de alta.

No hubo otras complicaciones médicas o quirúrgicas ni a corto ni a largo plazo. No hubo mortalidad postoperatoria.

Conclusiones: En nuestra limitada experiencia, la gastrectomía tubular laparoscópica constituye una técnica alternativa a las técnicas ya existentes, segura, eficaz y con baja

incidencia de complicaciones, en pacientes con obesidad mórbida, seleccionados y con indicaciones concretas.

P42 Una dieta muy baja en calorías reduce la esteatosis hepática en pacientes obesos mórbidos

González De Francisco T¹, González Herraes L², Simó Fernández V³, González Elosua T, Urioste Fondo A, Vidal Casariego A, Cano Rodríguez I, Ballesteros Pomar M⁴D, Díez Rodríguez R⁵, Hernando Martín M⁶

¹Complejo Asistencial de León. Servicio de Cirugía. ²Complejo Asistencial de León. Servicio de Endocrinología. ³Hospital Infanta Sofía. San Sebastian de los Reyes. Servicio de Cirugía. ⁴Servicio de Digestivo. Complejo Asistencial de León. ⁵Servicio de Anatomía Patológica. Complejo asistencial de León.

Introducción y objetivo: El hígado graso es muy prevalente en los pacientes obesos. La pérdida de peso antes de la cirugía bariátrica con una dieta muy baja en calorías (VLCD) parece que reduce el tamaño del hígado. El objetivo es estudiar el efecto de una dieta muy baja en calorías y los hallazgos histopatológicos de este hígado graso.

Material y métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de 108 pacientes obesos a los cuales se les realiza durante una cirugía bariátrica (dereivación biliopancreática tipo Scopinaro) una biopsia hepática. A 20 de estos pacientes preoperatoriamente se les incluye en un régimen con una dieta muy baja en calorías (Optisource[®]) durante 6 semanas. La biopsia hepática se definió siguiendo el sistema de puntuación propuesto por Brunt.

Resultados: En el grupo control (14 hombres, 74 mujeres) y en el grupo VLCD (4 H y 16 M9). No existen diferencias. En el grupo control el IMC fue ligeramente mayor [52,5 vs 46,1 kg/m²] por lo que en el análisis se ajustó por grupos de IMC. En el subgrupo de un IMC de 40-50, VLCD redujo significativamente el grado de esteatosis con una p = 0,029. El porcentaje de pacientes con esteatosis 0-1-2-3 fue 7,5-52,5-25,0-15,0 en el grupo control y 20,0-66,7-13,3-0 en el grupo de VLCD. En superobesos el VLCD también disminuyó la esteatosis con una p = 0,023.

Conclusión: Una dieta muy baja en calorías podría ser útil para reducir el grado de esteatosis hepática en pacientes obesos mórbidos.

P43 Dermolipectomía abdominal tras cirugía bariátrica

Gonzalez Valverde FM, Tamayo Rodríguez E, Rodenas Moncada FJ, Ruiz Marín M, Ros Peña E, Terol Garaulet E, Meoro A; Albarracín Marín-Blázquez A Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Introducción: Aunque el propósito de la cirugía bariátrica no es estético, los colgajos dermograsos abdominales resultantes condicionan la calidad de vida paralelamente a la percepción del propio aspecto físico.

Pacientes y método: En los últimos 2 años intervenimos 29 pacientes, 24 mujeres y 5 hombres, edad media: 42,4 años por abdomen péndulo derivado de una cirugía previa realizada o no por nuestra Unidad de Cirugía Bariátrica. En nuestra serie se han realizado 127 intervenciones: 17 Bypass gástrico abierto, 6 gastroplastia tubular laparoscópico y 104 bypass laparoscópico.

Todos los procedimientos reconstructivos fueron realizados después de una significativa pérdida de peso (IMC previo: 47,85 (40-59), Descenso medio de IMC: 18,3 (8,9-32,1), estabilizada como mínimo durante un año (promedio: 19,7 meses; rango 12-80).

Resultados: Se realizaron 11 abdominoplastias puras, 8 abdominoplastias más colecistectomía, 9 abdominoplastias más eventroplastia (una con ligadura tubarica asociada) y 1 abdominoplastia con eventroplastia y colecistectomía. Se utilizó preferentemente la técnica clásica de dermolipsectomía de Pitanguy/Regnault (22 casos) aunque en 7 ocasiones se empleó la de T invertida (5 en "ancla" y 2 "en flor de lis"), que facilita la reparación herniaria. Se presentó alguna complicación en el 24,1% de casos: un hematoma sobreinfectado, un seroma importante, dos sangrados prolongados y dos necrosis cutánea: del borde del colgajo superior y de la onfaloplastia. Un paciente fue reintervenido por sangrado. Dos pacientes precisaron transfusión postquirúrgica (uno tras sangrado autolimitado del lecho hepático).

Conclusiones: Nuestros resultados iniciales muestran que estas técnicas pueden ser realizadas por cirujanos generales con una tasa de complicaciones asumible y aceptables resultados funcionales y estéticos.

P44 Shock tóxico estreptocócico en paciente sometida a sleeve gástrico. Caso clínico

González Valverde FM, Rodenas Moncada FJ, Tamayo Rodríguez E; Peña Ros E, Ruiz Marín M, Gómez Ramos M²J, Albarracín Marín-Blázquez A Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Introducción: El shock tóxico por Streptococcus B hemolítico grupo A (S. pyogenes) es muy poco común y potencialmente fatal. Habitualmente se manifiesta dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio, y requiere manejo quirúrgico precoz.

Caso clínico: Mujer de 56 años con antecedentes de HTA mal controlada, Síndrome metabólico, hipotiroidi-

dismo primario, SAOS con CPAP, gastritis erosiva y alergia a bario. IMC: 47,9. Portadora de catéter epidural. Se realizó gastroplastia tubular laparoscópica sin complicaciones pero a las 18 horas comenzó con insuficiencia respiratoria, tendencia a la hipotensión y signos clínicos de sepsis (lactato: 6 mMol/l). La TAC mostraba aumento de densidad a nivel del mesenterio sin signos de fuga del contraste. Se decidió reintervención por vía laparoscópica encontrando una colección de líquido sucio en el compartimento supramesocólico y aspecto necrótico de parte del epiplón. Se comprobó la estanqueidad de la gastroplastia, se practicó lavado de la cavidad, con extirpación del epiplón necrosado y se tomaron muestras para cultivo. En el cultivo microbiológico de la muestra y en los hemocultivos practicados antes de la segunda intervención se aisló *Streptococcus pyogenes* sensible a amoxicilina. A pesar del tratamiento antibiótico adecuado y de las medidas tomadas en UCI la paciente evolucionó a SDRA, falleciendo 14 días después.

Conclusiones: La infección por *Streptococcus pyogenes* puede progresar rápidamente a shock séptico, con alta mortalidad. Este caso ilustra que el seguimiento estrecho del paciente bariátrico y el tratamiento quirúrgico precoz son fundamentales en el tratamiento de esta grave complicación.

P45 ¿Es eficaz la cirugía bariátrica mediante cruce duodenal para la pérdida de peso en pacientes obesos?

García Gómez A¹, Llanos García Arce M², Milla Tobarra M, Botella Romero F, Alfaro Martínez JJ, Salas Saiz M²A

¹Sección de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital General de Talavera de la Reina. Toledo.

Introducción: La obesidad constituye uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados. Una de las herramientas más eficaces para la pérdida de peso en pacientes obesos es la cirugía bariátrica.

Objetivos: Valorar la eficacia de la técnica del Cruce Duodenal (CD) en la pérdida de peso en pacientes obesos.

Material y métodos: A partir del programa informático Cirbar de la Sociedad Castellano Manchega de Endocrinología, Nutrición y Diabetes (SCAMEND), se recogieron los datos de peso en 128 pacientes obesos sometidos a CD durante mayo 1998 y enero 2009 en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Resultados: La pérdida de peso, se hace patente desde el primer mes tras la intervención quirúrgica, con un promedio de peso perdido de 13,4 ± 5 kg.

Durante el seguimiento de los pacientes el peso corporal continúa descendiendo paulatinamente y aunque a los 18 meses se ralentiza (58,9 ± 15,1 kg); la pérdida de peso es progresiva en el tiempo, consiguiéndose a los 30 meses la mayor cifra (60,8 ± 15,8 kg). A partir de entonces, el peso se estabiliza e incluso tiende a subir teniendo en consideración que la muestra se ha reducido considerablemente (n = 51).

Por último, a los seis años de seguimiento (n = 4) el promedio de peso perdido es de 58 ± 25,3 kg.

Conclusiones:

- El CD es una técnica efectiva para perder peso de forma progresiva y mantenida.
- Puesto que a los seis años de seguimiento el promedio de peso perdido es de 58 ± 25,3 kg, se cumple una de las características que definen una técnica ideal.

P46 Cierre dinámico de pared con sistema ABRA® en obesidad mórbida

Ocaña Wilhelmi LT, Rivas Becerra J, Lucena Navarro F, Rivas Marín J, Glückmann Maldonado E, Villuendas F, Salvi M

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Objetivo: El sistema ABRA® aporta una solución novedosa a algunos pacientes en los que no es posible el cierre primario de la pared abdominal. Presentamos el caso de un paciente intervenido de obesidad mórbida y que, entre otras complicaciones, desarrolló una fistula enterocutánea de alto débito.

Material y método: Paciente varón de 55 años, con IMC del 48%, intervenido de cirugía bariátrica, practicándose una gastrectomía tubular. En el postoperatorio presentó un shock hipovolémico, siendo reintervenido, apreciándose sangrado en el área pancreática. Necesitó otras dos intervenciones, realizándose en la última una gastrectomía total, sin continuidad del tránsito, y una yeyunostomía de alimentación. Posteriormente se estableció una fístula enterocutánea de alto débito.

Resultados: En la cirugía de reconstrucción empleamos el sistema de cierre dinámico. Se mantuvo el dispositivo veintinueve días, el máximo recomendado. Cada 48 horas eran monitorizados la distancia de los elastómeros y la presión intraabdominal (PIA) medida con catéter urinario. Con PIA inferior a 12 cmH₂O aproximábamos 2 cms. Este movimiento conseguía deslizar la pared abdominal sobre la superficie de silicona que protegía las vísceras, estirando de forma dinámica y continua los planos musculares y fasciales y aproximando los bordes de la herida quirúrgica.

Conclusiones: el sistema de cierre dinámico, el primero que se instala en nuestro país (Junio / 2009), ha permi-

tido en este paciente recuperar la opción del cierre primario, evitando una prolongada estancia hospitalaria que un cierre por segunda intención habría necesitado y ahorrándole una necesaria intervención posterior para reparar la eventración que éste habría generado.

P47 Treatment of super superobesity by sleeve gastrectomy

Catheline J-M

Department of Digestive Surgery, Hopital Avicenne. Bobigny. France.

Background: The sleeve gastrectomy is a restrictive procedure that reduces stomach capacity by 75%. We present here our experience for patients with super super morbid obesity (body mass index (BMI) > 60 kg/m²). **Methods:** A prospective study of the initial 30 patients who underwent laparoscopic sleeve gastrectomy was performed. Study evaluated operative time, complication rates, hospital length of stay and percentage of excess weight loss (%EWL). There were 22 women and 8 men, with a mean age of 33 years (range 18 to 58 years), with mean preoperative BMI of 66 kg/m² (range 60 to 85 kg/m²). Mean preoperative weight was 168 kg (range 140 to 258 kg). One patient had situs inversus totalis and another three had previous restrictive surgery.

Results: Mean operative time was 130 minutes (range 90 to 220 minutes). No patient required conversion. We noted a postoperative complication in three patients (1 case of subdiaphragmatic abscess and 2 cases of subdiaphragmatic hematoma treated by laparoscopic drainage). Median hospital stay was 8 days (range 4 to 28 days). There were no mortality. Average weight loss at 24 months was 59 kg (range 28 to 134 kg). Average %EWL and BMI at 24 months were 55% (range 21 to 84%) and 23 kg/m² (range 10 to 39 kg/m²) respectively. A failure of slimming after 24 months (%EWL < 25) was noted among 5 patients whose only two accepted the realisation of a gastric bypass, and two accepted a re-sleeve gastrectomy.

Conclusion: These results suggest that the sleeve gastrectomy is associated with few perioperative complications and offers rapidly effective treatment for super super morbid obesity. It can be a one-stage restrictive procedure if long-term results are good or a first stage procedure before gastric bypass or a re-sleeve gastrectomy.

P48 Obstrucción intestinal en pacientes sometidos a bypass gástrico por laparoscopia debido a obesidad mórbida

Navarrete AS, Leyba JL, Navarrete SLL, Marín J
Hospital Universitario De Caracas. Servicio de Cirugía II.

Resumen: Se presenta una revisión de los pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal que fueron sometidos a bypass gástrico laparoscópico debido a obesidad mórbida.

Desde Agosto de 2005 hasta Diciembre de 2009 se intervinieron 675 pacientes con diagnóstico de obesidad mórbida realizándose bypass gástrico en Y de Roux por laparoscopia, de los cuales 11 (1,62%) fueron reintervenidos con el diagnóstico de obstrucción intestinal en el postoperatorio tardío (> 1 mes). La edad promedio fue de 40 años, con un IMC inicial de 40 kg/m². En 10 de los casos (91%) la causa fue una hernia interna, 6 casos (54,5%) del espacio de Petersen y 4 casos (36,3%) del espacio intermesentérico; en el paciente restante la etiología fue una adherencia de la anastomosis yeyuno-yeyunal a la pared abdominal.

El diagnóstico se realizó en base a manifestaciones clínicas, radiología simple y laparoscopia diagnóstica, resolviendo por esta misma vía a 9 de los pacientes (81%) y por cirugía abierta a los 2 (19%) pacientes restantes.

Una paciente falleció debido a sepsis por necrosis intestinal masiva.

Se concluye que la obstrucción intestinal luego de bypass gástrico laparoscópico es una complicación infrecuente pero potencialmente letal. Es indispensable un alto nivel de sospecha clínica para un diagnóstico precoz a fin de minimizar la morbimortalidad.

P49 Refuerzo de la línea de grapado tras gastrectomía tubular: posible mayor pérdida de peso con sutura irreabsorbible

Ferrer Vall J^V, Sanahuja Santafé A¹, Saiz Saiz-Sapena N², Cester Ves D³

¹Cirujano general y digestivo. ²Anestesiólogo. ³Diplomada Enfermería. Clínica Obésitas. Hospital 9 de Octubre. Valencia.

Introducción y objetivos: La conformación de una plastia perfectamente tubular y de pequeño volumen (sobre sonda 32 FR) durante la gastrectomía tubular por laparoscopia (GTL), posiblemente disminuya la frecuencia de dilataciones futuras, e incluso posibilite una mayor pérdida de peso. El objetivo del estudio ha sido comparar posibles diferencias a medio plazo, utilizando material reabsorbibles e irreabsorbible.

Pacientes y método: Comparamos dos grupos de pacientes similares en distribución de sexo, edad e IMC, intervenidos de gastrectomía tubular con dos materiales de sutura distintos, todos intervenidos por el mismo equipo. La gastrectomía tubular se ha realizado sobre sonda de 32 Fr con endoghia Exchelon® y sobrehilado e invaginación de la línea de sección, con punto continuo de ácido poliglicólico en el grupo A, y de polipropileno en el grupo B.

Resultados: A los 12 meses de la intervención, en el grupo B (sutura irreabsorbible), el % SPP es claramente mayor que en el grupo A. El peso absoluto es mayor en A por un IMC medio mayor.

	N	Edad	Sexo VM	IMC inicial	IMC 12 meses	%SPP 12 meses	P. perdido 12 meses
Grupo A Poliglicólico	22	36	8/14	46,5 (35/42)	31 (21/36)	72%	44 ± 14
Grupo B Polipropileno	14	34	1/13	41 (34/46)	28 (20/35)	81%	38 ± 17

Conclusiones:

1- El nivel de restricción gástrica (volumen final del estómago) y el método quirúrgico utilizado, parecen determinantes para los resultados a largo plazo en la GT.

2- La invaginación de la línea de grapas mediante sutura continua y material irreabsorbible, podría mejorar la eficacia terapéutica de la GT.

Estos resultados son preliminares, siendo necesario un mayor número de casos y homogeneidad de los grupos.

P51 HDA tardía por ulcus duodenal tras bypass gástrico laparoscópico

Garrigós Ortega G, Gómez Abril S, Patiño Bernal B, Martínez García R, Peris N, Estellés N, Trullenque R, Martínez Abad M

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

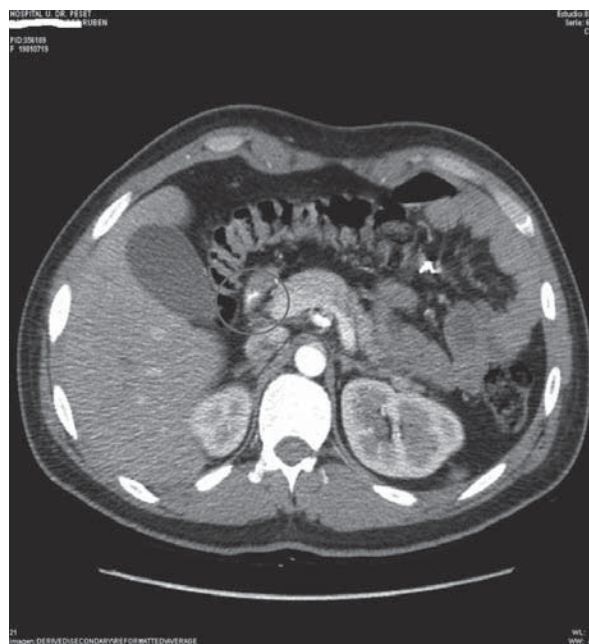
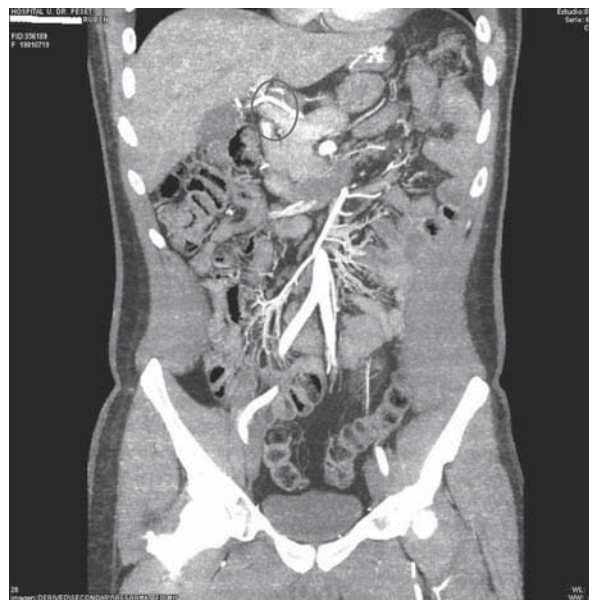
Objetivos: Presentar el caso clínico de un paciente varón con HDA tardía tras by-pass gástrico (BPG).

Material y métodos: Varón de 28 años con antecedentes de ulcus duodenal a los 17 años de edad e intervenido de BPG laparoscópico hace 4 meses con pérdida de 25 kg (97% SPP), acude a urgencias por sensación de mareo y melenas de 24 h de evolución. Estabilidad hemodinámica con abdomen anodino. Discreta anemia. EDA que refleja anastomosis gastroyeyunal normal. 2º día de ingreso; anemización progresiva visualizándose en TC sangrado activo en luz duodenal. Se contacta con radiología intervencionista que no evidencia sangrado y se inicia tratamiento erradicador H.pylori con buena evolución posterior y control de TC a las 24 horas sin sangrado.

Resultados: Alta al 8º día. En el seguimiento el Ag de H. pylori positivo y niveles de gastrina normales.

Conclusiones: La hemorragia digestiva alta (HDA) tras técnicas derivativas de cirugía bariátrica, supone un reto tanto diagnóstico como terapéutico. El aumento de pacientes intervenidos hace que cada

vez nos enfrentemos con más frecuencia ante este problema. La causa más frecuente de HDA tras BPG es la úlcera marginal de la anastomosis gastroyeyunal (7%). La incidencia real de úlcera péptica en duodeno y estómago excluidos es desconocida y el diagnóstico es complicado por el difícil acceso con EDA convencional, por lo que hay que validar técnicas diagnósticas alternativas como el TC o la Radiología Intervencionista en este caso. Respecto a la terapéutica hay que considerar la radiología intervencionista, endoscopia por gastrostomía frente a la cirugía convencional.



P52 ¿Influye el seguimiento a largo plazo en el resultado de la cirugía bariátrica? Nuestra experiencia a más de 5 años

Prieto M¹, Vázquez F², Errazti G¹, Ruiz de Azua T², Múgica J¹, Lor F¹, Fernández Illera M¹, Rodeño I¹, Larzabal A¹, Colina A¹
¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

Objetivo: Describir los resultados de cirugía bariátrica a largo plazo. Conocer si existen diferencias entre los pacientes con y sin seguimiento periódico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo; 86 casos intervenidos (1999-2005). De ellos 51 continuaban seguimiento en consultas y a los 35 que no habían acudido en 2 años se les realizó un cuestionario telefónico.

Resultados: La edad media fue 43,6 ± 8,9 años (22-61) siendo mujeres el 76,7%. Se realizaron 60 Bypass, 13 Derivaciones biliopancreáticas y una gastroplastia vertical. No se apreciaron diferencias significativas entre los dos grupos en edad, IMC basal y técnica quirúrgica.

	Grupo total n = 86	Seguimiento n = 51	No seguimiento n = 35
IMC basal kg/m ²	52,1 ± 8,8	52,4 ± 9,5	51,4 ± 7,4
IMC final kg/m ²	32,1 ± 5,5	32,1 ± 5,6	32,7 ± 5,5
%PSP excelente	33,3	32,7	39,1
%PSP bueno	50,9	51	34,8
%PSP malo	15,8	16,3	26,1

De los 35 pacientes sin seguimiento se excluyeron 12 (2 fallecidos, 3 trasladados, 7 contactados). Tras 7,3 ± 1,7 años postcirugía un 60,9% no tenía seguimiento médico y el principal motivo para no hacer seguimiento fue la dificultad para acudir a las consultas. El 26% no tomaba tratamiento y el 52% tenía algún control analítico reciente. Un 26% no tomaba ningún suplemento vitamínico o mineral. Conclusiones: Nuestros resultados de peso a 5 años son excelentes o buenos en el 84,2%. No encontramos diferencias significativas en evolución de peso entre los dos grupos. Los pacientes que no acuden a seguimiento tienen alto riesgo de complicaciones nutricionales.

P53 Colocación de bandas gástricas ajustables laparoscópicas: estudio de una serie de casos

Carda P, Perea F, Labalde M
 Clínica La Milagrosa. Madrid.

Introducción: La obesidad es una enfermedad con una prevalencia en España del 14,5% que se asocia a importantes comorbilidades que reducen la esperanza de vida de los pacientes. Las técnicas quirúrgicas consiguen una pérdida de peso significativa que mejora la calidad de vida de los pacientes. La colocación de bandas gástricas ajustables LPC ofrecen una mínima morbilidad con resultados excelentes. La demanda de la población aumenta sobre todo en la práctica de la medicina privada.

Material y métodos: A continuación se presentan una serie de 198 casos de pacientes obesos intervenidos durante el periodo comprendido entre agosto 2008 a Diciembre 2009 mediante colocación de bandas gástricas ajustables LPC. Todos los pacientes presentaban un IMC mayor de 25 y fueron sometidos a una técnica quirúrgica estandarizada.

Técnica quirúrgica: Neumoperitoneo con Veress. Introducción de 4 trócares (10-10-5-5). Disección de la unión gastroesofágica y colocación de la banda gástrica en unión gastroesofágica. Fijación con puntos gastrogástricos. Colocación del reservorio en HCl fijado a la aponeurosis.

Resultados: Se ha conseguido una pérdida de peso de 5,4 kg (valor medio, rango 4-9 kg) en la primera semana del postoperatorio, seguida de una pérdida de más de 1 kg al mes durante los primeros 3 meses y de 31,4 kg al año. Todos los pacientes excepto 5 fueron dados de alta al día siguiente de la intervención. Las complicaciones postquirúrgicas que se presentaron fueron: un fallecimiento por TEP masivo a pesar de instaurar la profilaxis antitrombótica recomendada, una perforación esofágica que precisó reintervención vía laparoscópica, tres deslizamientos precoces de la banda resueltos mediante dos recolocaciones y una retirada de la banda. También se produjeron 4 casos de infección local por el reservorio.

Conclusión: La colocación de bandas gástricas ajustables LPC es una buena opción para el tratamiento quirúrgico de la obesidad ya que consigue buenos resultados con escasa morbilidad.