

OBESIDAD MÓRBIDA

COMUNICACIONES ORALES

8 NOVIEMBRE 2006

17.00 – 18.30

SALA CALATRAVA
O-168 – O-176

O-168

CURVA DE APRENDIZAJE EN LA ANASTOMOSIS GASTRO-YEYUNAL EN EL BY-PASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO. ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO ENTRE SUTURA MANUAL VS. MECÁNICA. ANALISIS DE LAS COMPLICACIONES

J. Pujol Gebelli, L. Silvio Estaba, C. Masdevall Noguera, P. Moreno Llorente, L. Secanella Medayo, A. García Ruiz de Gordejuela, J.M. Francos y A. Rafecas Renau

Hospital Universitario de Bellvitge, Hospital de Llobregat.

Objetivos: Evaluar las diferencias en el By-pass Gástrico laparoscópico entre anastomosis gastro-yeunal Manual vs. Mecánica, dentro de la curva de aprendizaje, con énfasis en sus complicaciones.

Material y métodos: Estudio prospectivo randomizado. *Criterios de inclusión:* pacientes con Obesidad Mórbida con IMC entre 35 kg/cm² (con comorbilidades) y 50 kg/cm². *Muestra de 102 pacientes randomizándose en dos grupos:* manual y mecánico, con 51 pacientes cada uno. Se realizó By-pass Gástrico laparoscópico; realizando comprobación con Azul de metileno y/o Transito esofágico (TEGY) en las primeras 24 h, y evaluación de las complicaciones clasificándolas en <30 días post IQ y > 30 días post IQ. Se realizó el seguimiento por consultas externas.

Resultados: Se incluyeron hasta abril de 2006: 86 pacientes, 16 hombres y 66 mujeres; en los que se realizó 47 anastomosis manuales, 35 mecánicas y 4 fueron excluidos del estudio. La edad media de la muestra es de 43,4 años, peso medio de 117 Kg. e IMC medio de 44,7 Kg/cm². Dentro del grupo manual la edad media es de 42,7 años, peso medio de 116,8 Kg. e IMC de 45,3 Kg/cm²; y en el mecánico es de 44,3 años, peso medio 117,1 Kg. e IMC de 43,9 Kg/cm², no existiendo diferencias significativas entre los dos grupos. El tiempo medio de cirugía global fue de 204 min, con 207,6 min en el grupo manual y 199,5 min. En el mecánico. El 1,5% presentó fuga con azul de metileno, se realizaron 26 TEGY presentando alteraciones en el 3,65% con 2 fugas y 1 edema, todos dentro del grupo manual. Las complicaciones < 0 días post IQ representaron el 22%, siendo el 9,75% manual y el 12% mecánica, encontrando dentro de las manuales: 2 fistulas reservorio-gástricas, 1 absceso subfrénico, 2 hemorragias digestivas altas, 1 fistula, 1 atelectasia y 1 flebitis. Y dentro de las mecánicas: 3 Hemoperitoneo, 2 hemorragias digestivas altas, 1 absceso intraabdominal, 2 infecciones de trocar, 1 drenaje retenido y 1 flebitis. Las complicaciones > 30 días post IQ se presentaron en el 6% de los casos, todas pertenecientes al grupo manual, estando representadas por: 2 oclusiones intestinales, 1 volvulo de pie de asa, 1 estenosis de reservorio y 1 eventración.

Conclusiones: El by-pass gástrico laparoscópico representa el tratamiento actual estándar en la cirugía de la obesidad mórbida, pudiendo ser realizado con diversas técnicas, siendo las más utilizadas la anastomosis manual y la mecánica circular, presentando según los grupos, cifras de complicaciones que van desde el 5 al 20%; difiriendo estas en su tipo y gravedad según la técnica empleada. Según los resultados obtenidos hasta la fecha en nuestro estudio, sería recomendable realizar anastomosis manual, debido a que cabe esperar menos complicaciones hemorrágicas susceptibles de reintervención, con la desventaja de requerir mayor entrenamiento técnico para su realización.

O-169

DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA CON SWITCH O CRUCE DUODENAL: ASPECTOS TÉCNICOS Y SU IMPACTO EN LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

C. Hoyuela, E. Veloso y C. Marco
Hospital Mutua, Terrasa.

Introducción: La cirugía bariátrica es, en la actualidad, el único tratamiento curativo de la obesidad mórbida. Sin embargo, se asocia a una

morbi-mortalidad nada despreciable. Parece aconsejable, pues, que esta cirugía se lleve a cabo en centros con medios técnicos y tecnológicos adecuados a cargo de Unidades especializadas.

Objetivo: Analizar las causas de morbi-mortalidad quirúrgica de la derivación biliopancreática modificada con cruce (switch) duodenal (DBP-SD) en el tratamiento de la obesidad mórbida en relación a los aspectos técnicos del procedimiento.

Pacientes y métodos: *Técnica quirúrgica:* Dissección mediante dispositivos de hemostasia bipolar, gastrectomía longitudinal con grapadora, conservando antro y piloro. Sección y cruce duodenal con preservación arteria pilórica. Sutura e invaginación tanto de la línea de grapas de la gastrectomía como del muñón duodenal. Anastomosis manuales y sutura meticulosa de ojales mesentéricos; cierre de laparotomía con instrumental específico. Desde 2001 hasta enero 2006, se han intervenido 320 pacientes mediante esta técnica por un grupo de tres cirujanos. Se trata de 296 mujeres y 24 varones con una edad media de 39 (18-62) años, el 60,9% de los cuales presentaba comorbilidad asociada. El índice de masa corporal (IMC) inicial era 45,7 (36-66) kg/m² y el porcentaje de exceso de peso (% EP) de 100 (43-240) kg. Se ha realizado profilaxis de la enfermedad tromboembólica en todos los pacientes. Se han incluido los pacientes con un seguimiento mínimo de 6 meses. Los resultados se han recogido de forma prospectiva.

Resultados: El tiempo quirúrgico empleado ha sido 160 (115-360) minutos. *Mortalidad:* 0,9%: 3 pacientes (1 muerte súbita, 1 TEP y un shock hemorrágico por ulcus con IAM secundario). Ningún paciente ha requerido reintervención por hemorragia o transfusión. Se han observado 1 único caso de dehiscencia sutura en la sutura longitudinal gástrica, 1 duodenal-ileal y 1 ileo-ileal. No se han observado dehiscencias muñón duodenal ni hemorragias digestivas a nivel de las líneas de sutura. Dos pacientes han presentado abscesos intraabdominales. La estancia media ha sido de 5,9 (3-32) días. El intervalo de seguimiento es 6-52 meses. La eventración es la complicación más frecuente a largo plazo: 22%. Tres pacientes han requerido intervención por oclusión por adherencias/bridas pero ninguno por hernias en los ojales de los mesos.

Conclusiones: La derivación bilo-pancreática modificada con cruce (switch) duodenal es un procedimiento seguro que puede realizarse con mínima mortalidad y una tasa baja de complicaciones postoperatorias pese a su complejidad técnica.

O-170

BYPASS GÁSTRICO CON BANDA POR LAPAROSCOPIA: 712 CASOS

J.L. De la Cruz Vigo¹, F. De la Cruz Vigo², P. Sanz De la Morena¹ y J.M. Canga Presa¹

¹Clinica San Francisco, León. ²Sanatorio Nuestra Señora del Rosario y Hospital Universitario 12 Octubre, Madrid.

Objetivo: Evaluar las complicaciones y resultados ponderales en una serie prospectiva consecutiva de bypass gástrico con banda por laparoscopia.

Material y método: Desde junio 1999 hasta abril 2006, 712 pacientes han sido intervenidos con la técnica de bypass gástrico con banda por laparoscopia, en 276 con asa en situación retrocólica-retrogástrica y en 436 con asa antecólica-antegástrica. La longitud del asa en Y de Roux fue de 150 cm en sujetos con IMC > 50 estando comprendida entre 100 y 145 cm en el resto. El IMC medio fue de 45,8 kg/m², siendo el 79% mujeres. Correspondían a superobesos (IMC > 50) 149 pacientes. Se detectaron 1.603 comorbilidades.

Resultados: Tiempo operatorio 125 minutos. Conversión (0,14%). Mortalidad 1 caso (0,14%). Sesenta y ocho pacientes (9,6%) han presentado alguna complicación en algún momento de su evolución, 45 (6,3%) en el postoperatorio inmediato (30 días) y el resto tardíamente. Se han considerado complicaciones mayores el 3,9% y menores el 5,7%. Las mayores corresponden a fistula 12 casos (1,7%), hernia interna 5 casos, abceso intraabdominal 3 casos, sutura de la sonda nasogastrica 1 caso, retirada de banda infectada 1 caso y un último paciente con dilatación gástrica aguda no obstructiva. Dieciocho pacientes (2,5%) debieron ser reoperados, 10 en el postoperatorio inmediato y 8 tardíamente. La complicación tardía más frecuente ha sido estenosis (1,6%), segui-

do por la hernia interna 6 casos (0,8%). La estancia media hospitalaria ha sido de 3,4 días. Con un seguimiento del 83% el exceso de peso perdido (EPP) ha sido de 75%, 80%, 77%, 6%, 75% a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses respectivamente.

Conclusiones: El bypass gástrico con banda por laparoscopia, se ha demostrado una técnica realizable y segura, con un buen resultado de pérdida ponderal a medio-largo plazo.

O-171

BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN 240 CASOS

C. Pastor, F. Rotellar, V. Valentí, I. Poveda, P. Martí, G. Zozaya y J. Alvarez-Cienfuegos

Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: En la actualidad el bypass gástrico se considera globalmente la "técnica ideal" en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Por otra parte, el abordaje laparoscópico que ya sustituye al clásico o abierto, reduce el compromiso cardiopulmonar, mejora la recuperación postoperatoria y minimiza las complicaciones parietales.

Material y métodos: Durante un período de 6 años han sido intervenidos en nuestro centro 240 pacientes con una edad media de 42,4 años de los cuales el 174 (72%) fueron mujeres y 66 (27,5%) varones. El IMC medio fue de 40 kg/m². Todos los pacientes fueron intervenidos mediante bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux antecólico-antegástrico. La anastomosis gastroyeyunal se realizó de forma mecánica y la creación del asa alimentaria con una longitud entre 100-200 cm según el IMC.

Resultados: No hubo reconversiones. El índice de complicaciones en el postoperatorio inmediato fue de 13,9% (34 casos) encontrándose 5 fistulas gastroyeyunales y 1 yeyuno-yeyunal; 11 casos de hemorragia digestiva (4,6%) en los que en 3,37% se requirió de transfusión sanguínea; 3 hemoperitoneos; 2 neumonías y un 3,3% de infección de herida. De ellos 7 pacientes requirieron de reintervención con mortalidad por complicaciones en 2 casos (0,8%). No se observaron complicaciones tromboembólicas en la serie. Se encontraron complicaciones tardías en el 8,8% de los pacientes siendo la estenosis de anastomosis la más frecuente (6,3%) y la aparición de vólvulo o hernia intestinal en dos casos (0,8%). La media de estancia hospitalaria fue de 4,5 días. El porcentaje de sobrepeso medio perdido en los pacientes con seguimiento completo a uno y dos años fue de 65 y 67,8% respectivamente.

Conclusión: El BGL demuestra ser una técnica segura y eficaz para el tratamiento de la obesidad mórbida. Una vez superada la curva de aprendizaje en el abordaje laparoscópico se consigue una mínima morbi-mortalidad y aceptable pérdida de peso.

O-172

COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA DE LARRAD Y EL CRUCE DUODENAL CON ASA ALIMENTARIA LARGA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

O. Cano Valderrama, S.C. Cárdenas Crespo, Á. Robin, P. Talavera, E. Pérez-Aguirre, A. Sánchez-Pernaute, L. Díez Valladares, A. Torres García y J.L. Balibrea Cantero
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: El cruce duodenal aporta la preservación del antró, píloro y primer segmento duodenal a la derivación biliopancreática clásica descrita por Scopinaro. La importancia de esta preservación radica en la indemnidad de la inervación vagal y el mantenimiento del pH ácido gástrico para la absorción de vitaminas, proteínas y oligoelementos. El objetivo del presente trabajo es analizar las diferencias analíticas entre la técnica de Scopinaro modificado (Larrad) y el cruce duodenal con asa alimentaria larga. También estudiamos la evolución postoperatoria de la pérdida de exceso de peso.

Material y método: Se incluyeron 68 pacientes intervenidos por obesidad mórbida. La edad media fue 44 años, el peso medio 128 kilos con IMC medio de 49,5 y exceso medio de peso de 70 kilos. Se realizaron

dos técnicas quirúrgicas, la derivación biliopancreática de Larrad a 35 pacientes y un cruce duodenal con asa alimentaria larga a los 33 restantes. Se comparó la pérdida de peso y las alteraciones analíticas al año de la cirugía.

Resultados: Los pacientes sometidos a Scopinaro modificado fueron ligeramente más obesos que los sometidos a cruce duodenal, sin diferencias estadísticamente significativas. Los porcentajes de pérdida de exceso de peso fueron similares, 63% y 64,5% respectivamente. Se encontraron valores inferiores de calcio (8,29 vs 9,23, p < 0,05) entre los pacientes sometidos a Scopinaro, con PTH discretamente más elevada (47,2 vs 46,3 NS). Los valores hematocrito, concentración de hemoglobina, hierro y ferritina también fueron más elevados entre los pacientes sometidos a cruce duodenal. Las enzimas hepáticas y la bilirrubina se encontraron más elevadas entre las derivaciones de Scopinaro, sin existir diferencias estadísticamente significativas. El número de deposiciones diarias fue mayor entre las derivaciones de Scopinaro (3,3 vs 2,2, NS).

Conclusiones: Al año de la cirugía, no existen diferencias en las curvas de pérdida de exceso de peso entre las dos técnicas analizadas. Los estudios analíticos revelan una tendencia hacia menor anemización, alteración hepática e hiperparatiroidismo secundario tras el cruce duodenal.

O-173

DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA LAPAROSCÓPICA SIN GASTRECTOMÍA EN SUPEROBESIDAD

J. Escartin Valderrama, J. Resa Bienvobas, J. Solano Murillo, J.A. Fatás Cabeza, J.L. Blas Laina, J. Lagos Lizan, A. García García, E. Gonzalvo González y J.L. García Calleja
Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Introducción: El objetivo de esta comunicación es comparar los resultados de pacientes con BMI < 50 frente a pacientes con BMI > 50 sometidos a derivación biliopancreática laparoscópica sin gastrectomía.

Método: Se realiza un estudio prospectivo comparando dos cortes de 33 pacientes cada una con BMI mayor y menor de 50. Se analizan los resultados técnicos de la intervención tales como tiempo operatorio, estancia posoperatoria, estancia en UCI, complicaciones postoperatorias o mortalidad y resultados de adelgazamiento y beneficios sobre las comorbilidades en ambos grupos. Se realiza análisis estadístico multivariante mediante técnicas de regresión lineal y logística.

Resultados: El porcentaje de varones es significativamente mayor en el grupo de superobesos (30% vs 47%). Las comorbilidades son superiores en el grupo de BMI > 50. El tiempo operatorio es similar en ambos grupos (116,5 vs 124,8 minutos). La estancia postoperatoria no difiere en ambos grupos a pesar de ser mayor en el grupo de BMI < 50 (7,37 vs 6,16 días). La mortalidad fue superior en los pacientes más pesados (2 vs 0). Se aprecia un adelgazamiento más lento en los pacientes de BMI > 50. La mejoría de las comorbilidades es notable en ambos grupos.

Conclusiones: La derivación biliopancreática laparoscópica sin gastrectomía ofrece resultados similares en ambos grupos. Debiendo extremar los cuidados preoperatorios y postoperatorios en los pacientes con BMI > 50 para evitar mortalidad operatoria.

O-174

EVOLUCIÓN DE LA PÉRDIDA DE PESO EN LA CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROTÓMICA Y LAPAROSCÓPICA

A. García Ruiz de Gordejuela¹, N. Gómez Romeu¹, R. Sánchez Santos², N. Vilarrasa¹, L. Silvio Estaba¹, J. Puigol Gebellí¹, P. Moreno Llorente¹, C. Masdevall Noguera¹ y A. Rafecas Renau¹

¹Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ²Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Introducción: El by-pass gástrico por laparoscopia presenta ventajas sobre la cirugía abierta en cuanto a estancia postoperatoria, mejor control del dolor y movilización más temprana con morbilidad y mortalidad comparables en grupos especializados. En este estudio se compara la evolución a corto y medio plazo de la pérdida ponderal de ambos abordajes.

Material y métodos: Se estudian de forma prospectiva dos cohortes de pacientes: grupo 1 bypass gástrico por laparoscopia (enero 2002-

enero 2006), grupo 2 bypass gástrico laparotómico (septiembre 1997-enero 2006), todos con IMC entre 35 y 50 kg/m². Se comparan variables epidemiológicas y de antecedentes personales, morbilidad perioperatoria, y evolución ponderal a los 3, 6, 12, 18, 24 y 36 meses. El análisis estadístico se realiza con las pruebas de la t-Student, χ^2 y test exacto de Fisher, con ayuda del paquete estadístico SPSS v.13.

Resultados: En el grupo de cirugía abierta se incluyen 330 pacientes y en el grupo de laparoscopia se han estudiado 151 pacientes. Ambos grupos son comparables en cuanto a edad, sexo y comorbilidad. Los IMC en el momento de la cirugía tampoco muestran diferencias significativas (43,78 kg/m² frente a 44,26 kg/m², p = 0,179). En cuanto a la morbilidad postoperatoria, se observa que en el grupo de laparoscopia hay más hemoperitoneos 5 enfermos (1%), frente a 1 (0,1%) en el grupo laparotómico (p = 0,013). También es más elevada la tasa de reintervenciones, 12 (3%) y 6 (1,5%) respectivamente (p = 0,008). Estas diferencias son más acentuadas en los 50 primeros casos (curva de aprendizaje) de cirugía laparoscópica, igualándose estas complicaciones en el resto de los pacientes. No hay diferencias en cuanto a otras complicaciones como fistula (1,5% vs. 2,3%, p = 0,485), colecciones intraabdominales (0,1% vs. 0,1%, p = 0,53), HDA (1,6% vs. 0,3%, p = 0,081), o estenosis (0,6% vs. 0,6%, p = 0,954). No hay diferencias en cuanto a complicaciones médicas. Mortalidad perioperatoria 0% en los dos grupos. La estancia hospitalaria es inferior en el grupo de laparoscopia 4,38 días frente a 5,14 (p = 0,01). En el seguimiento, los pacientes intervenidos por laparoscopia pierden más peso y más rápido en los primeros meses. El porcentaje de sobrepeso perdido a los 3 meses es de 44,36% en la laparoscopia frente al 37,97% en la abierta (p = 0,001), a los 6 meses es 62,84% y 57,74% (p = 0,008), y a los 12 meses 76,32% y 68,85% (p = 0,002). En los controles posteriores hasta los 36 meses se iguala en ambos grupos: 74,42% y 73,03% (p = 0,801) a los 18 meses; 72,91% y 72,7% (p = 0,967) a los 24; y 67, 24% y 71,93% (p = 0,599) respectivamente a los 36. Idéntico comportamiento se observa al analizar individualmente los IMC, y pérdida del 50% de sobrepeso en cada punto de seguimiento.

Conclusión: El by-pass gástrico por laparoscopia en pacientes con obesidad mórbida con IMC ≤ 50 ocasiona una pérdida de peso más rápida y mantenida durante los primeros 12 meses, con una morbilidad comparable y menor estancia postoperatoria. A partir del primer año de seguimiento la pérdida de peso se iguala con el de los pacientes intervenidos por vía abierta.

O-175

EL BALÓN INTRAGÁSTRICO REDUCE EL VOLUMEN HEPÁTICO EN PACIENTES SUPEROBESOS FACILITANDO LA ULTERIOR CIRUGÍA DE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

M.D. Frutos Bernal, J. Luján Mompean, Q. Hernández, G. Valero, J. Gil, J. Castañer, A. Sanchez, P. Cascales, P. Pastor, E. Romera y P. Parrilla
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Los pacientes con superobesidad mórbida presentan una serie de dificultades técnicas como el tamaño del hígado, que llevan problemas de visión y exposición difícil de campo operatorio. El balón intragástrico no es una alternativa a la cirugía, aunque en pacientes superobesos reduce el peso preoperatorio, lo que podría beneficiar la cirugía laparoscópica.

Objetivo: Calcular el volumen hepático mediante tomografía axial computizada (TAC) en pacientes con superobesidad mórbida, antes de la colocación del balón intragástrico y 6 meses después, la semana previa a la cirugía de bypass gástrico laparoscópico (BPGL). Evaluaremos cambios que se producen en el volumen del hígado, incidencias durante la colocación del balón intragástrico, efectos secundarios del mismo y pérdida de peso durante el período de 6 meses en el que los pacientes llevan el balón.

Pacientes y método: El balón fue colocado bajo endoscopia y sedación en 31 pacientes con superobesidad mórbida, de forma preoperatoria para reducir el peso antes de la intervención de BPGL. Dos pacientes fueron excluidos del estudio por intolerancia siendo retirado el balón, a las 2 y 4 semanas de su colocación. La medición del volumen se realizó con imágenes axiales obtenidas mediante un TAC espiral, con grosor de corte 10 mm, índice de reconstitución 10 mm, pitch de 1,5 y retardo de la adquisición de 60 segundos. Los volúmenes se calcularon usando la técnica de la suma de áreas. La medida del volumen se realizó en estos 29 pacientes antes de la colocación del balón y la semana previa a la cirugía.

Resultados: El volumen hepático medio antes de la colocación del balón fue de 2938,53 ± 853,1 cm³, reduciéndose hasta 1918,2 ± 499,8 cm³ en la semana previa a la cirugía. Esta reducción del volumen hepático la constatamos durante la intervención, donde vimos como la hepatomegalia asociada, disminuye claramente en estos pacientes que pierden peso preoperatoriamente, facilitando el procedimiento laparoscópico. Por otra parte, el 96,5% de los pacientes con balón presentaron náuseas los primeros días y vómitos en el 89,5% que cedieron a la semana de la colocación. El porcentaje de peso perdido durante los 6 meses que estos 29 pacientes llevaron el balón fue del 22,14% ± 7,39. A los 6 meses se les realizó el BPGL y en el mismo acto quirúrgico se extrajo el balón intragástrico.

Conclusión: En pacientes con superobesidad mórbida el tratamiento preoperatorio con el balón intragástrico, muestra beneficios durante la intervención, en cuanto a disminución del volumen hepático, facilitando así el procedimiento del BPGL.

O-176

SLEEVE GASTRECTOMY: UNA ALTERNATIVA PARA LOS PACIENTES DE MAYOR RIESGO

R. Sánchez Santos¹, N. Gómez², A. García¹, N. Gómez², A. García Ruiz de Gordejuela², N. Villarrasa², J. Pujol Gebelli², P. Moreno Llorente² y C. Masdevall Noguera²

¹Hospitalario Pontevedra. Hospital Montecelo, Pontevedra. ²Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La mortalidad asociada a la cirugía bariátrica (recomendable por debajo del 1%) puede ser más frecuente (6%) en determinados grupos de pacientes de mayor riesgo (IMC > 50kg/m², sexo masculino, edad > 50 años, patología cardiorrespiratoria grave...)

Objetivo: El objetivo del presente estudio ha sido valorar la Sleeve gastrectomy (SG) como alternativa de menor riesgo en ciertos grupos de pacientes con obesidad mórbida.

Pacientes y métodos: Se evalúa una cohorte prospectiva de pacientes a los que se realizó SG (Dic 04-mar 06). Se establecen dos grupos: *grupo 1*: pacientes con IMC > 60 ó IMC > 50 con patología cardiopulmonar severa; *grupo 2*: pacientes con IMC entre 35 y 45 con dos comorbilidades graves. En el grupo 1 se realiza la intervención como primer tiempo quirúrgico (el segundo tiempo será bypass gástrico o cruce duodenal). En el grupo 2 se realiza como cirugía definitiva.

Resultados: Se incluyen en el estudio 27 pacientes; 15 en el grupo 1 (IMC 63,3 (54-84); 12 en el grupo 2 (IMC 38,5 (33-45). **Mortalidad:** un s. febril autolimitado. **Mortalidad:** 0%. **Estancia postoperatoria:** 3,1 ± 0,6 días. La PSP medio a los 3 meses: 37,4% y a los 6 meses 50,2%. **Grupo 1:** IMC tres meses: 46kg/m², a los 6 meses: 39 kg/m². **Grupo 2:** IMC tres meses 30,4 kg/m², a los 6 meses 28 kg/m².

Conclusión: La SG puede llegar a ser una buena alternativa para los pacientes obesos mórbidos de alto riesgo. Serán necesarios estudios prospectivos a largo plazo para poder determinar su eficacia como primer tiempo quirúrgico de menor riesgo y especialmente como técnica definitiva en determinados grupos de pacientes.

PÓSTERS

8 NOVIEMBRE 2006

PATIO COMENDADOR/
SALA ESCUDO
P-220– P-238

P-220

NUESTRA EXPERIENCIA EN BY PASS GÁSTRICO DISTAL

J.A. Martín Cabrera, C. Fernández Quesada, M. Sánchez-Lauro Martínez, G. Gómez Guerra, E. Nogués Ramírez, A. López Veloso, A. Rodríguez Méndez, A. Alonso Alvarado y E. Espiga
Hospital General Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Evaluar características pacientes con Súper Súper Obesidad (IMC > 60 Kg/m²) sometidos a By Pass Gástrico Distal abierto entre Enero 2003 y Marzo 2006.

Material y métodos: Asocian alta incidencia de morbi-mortalidad así como un elevado índice de fracaso en la pérdida del exceso de sobre-peso. Se trata de un estudio retrospectivo de 11 pacientes Súper Súper Obesos sometidos a BPG Distal (Asa bilio pancreática: 40-50 cms, asa alimentaria: a 100 cms de la válvula ileo cecal). La mayoría de estos pacientes presentan lipodistrofia abdominal severa siendo candidatos a amplias dermolipectomías ulteriores y corrección ventral con plastia abdominal e implantación de malla de polipropileno.

Resultados: Edad: 33,3 años (19-518; 6,7). Sexo: Femenino (72,7%). Peso: 186,9 (152-283; 21,3). Talla: 165,4 (152-186; 5,2). Sobre peso: 124,6 (86-222; 13,8). IMC: 68,8 (60,59-109,38; 3,5). Tiempo de seguimiento: 19 meses (4-36; 8,2). PSP anual (1º año: 47%, 2º año: 57%, 3º año: 67%). La mortalidad de la serie es nula. Los pacientes son sometidos a controles analítico-nutricionales periódicos y reciben tratamiento sistemático al alta con suplementos de hierro, vitamina D, complejo vitamínico y Ácido Ursó desoxi cólico (si no han sido colecistectomizados previamente). **Complicaciones Inmediatas:** Dehiscencia anastomosis (1 caso), Fístula Gastro-Gástrica (1 caso) e Ileo (1 caso). **Complicaciones Tardías:** Eventración (7 casos), Anemia Ferropénica (1 caso), Estenosis Gastro-yejunal (1 caso), Obstrucción por bridas (1 caso), Fístula Gastro-gástrica (1 caso).

Conclusiones: Existe aún poca experiencia en relación con los resultados de pacientes Súper Súper Obesos sometidos a BPG Distal. El BPG Distal se perfila como una técnica segura y eficaz en pacientes Súper Súper Obesos. La Eventración abdominal sigue siendo la complicación tardía más frecuente en cirugía Abierta. Los pacientes portadores de Súper Súper Obesidad presentan menor incidencia de complicaciones inmediatas y tardías así como una pérdida ponderal satisfactoria.

P-221

NUESTRA EXPERIENCIA EN RECONVERSIONES EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

J.A. Martín Cabrera, C. Fernández Quesada, M. Sánchez-Lauro Martínez, G. Gómez Guerra, E. Nogués Ramia, Á. López Veloso, A. Alonso Alvarado, A. Rodríguez Méndez y E. Espiga
Hospital General Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Evaluar las características de las técnicas de Cirugía Bariátrica que fracasan en su seguimiento precisando una nueva intervención. Las reintervenciones obedecen a diferentes causas (reganancia de peso, vómitos, inclusión de la anilla).

Material y métodos: Hemos realizado un análisis retrospectivo de 362 Pacientes intervenidos de Obesidad Mórbida por nuestro grupo (57% Obesidad Mórbida IMC 40-50, 32% Súper Obesidad IMC 50-60, 11% Súper Súper Obesidad IMC > 60) sometidos a GVA (43 Pacientes) intervenidos entre 1990 y 1999, junto con 302 pacientes intervenidos BPG Abierto (268) ó Laparoscópico (51) entre 1999-Marzo 2006. (48% Abierto, 27,4% Capella con anilla, 19,8% Laparoscópico, 5,8% BPG Distal). Se establecen dos grupos dentro de la cohorte: pacientes con cirugía bariátrica previa (GVA y Lap Band) y sin dicho antecedente. Desde el año 1999 nuestro grupo ha realizado BPG y abandonado la GVA. No hemos realizado Lap Band pero sí hemos reconvertido a un paciente intervenido en otro centro practicándole BPG Abierto.

Resultados: Edad: 36 años (18-58; 9,2). Sexo: Femenino (77%). Peso: 138 (102-283; 26,4). Talla: 163 (148-189; 8,0). Sobre peso: 80,6 (46-222; 23,8). IMC: 52,3 (37-109; 8,2). Tiempo de seguimiento: 144 meses (9-195; 8,2). PSP anual (1º año: 65,9, 2º año: 68,5, 3º año: 66,73, 4º año: 66,4, 5º año: 66,1). IMC anual (1º año: 33,5, 2º año: 30, 3º año: 31,5, 4º año: 66,4, 5º año: 66,1). Hemos practicado reconversión a 20 pacientes (46% de las GVA) practicando BPG (Capella 33%, Abierto 50%, Distal 11%). Un 11,6% de los pacientes portadores de GVA reúnen criterios para reconversión pero no desean someterse a una nueva cirugía. **Las causas de reconversión destacan:** Reganancia de peso (88%), problemas relacionados con la anilla -inclusión- (8%) y vómitos (4%).

Conclusiones: GVA no reúne los criterios de Calidad Quirúrgica descritos por Fobi y Baltasar puesto que no garantiza una PSP > 50% en más del 75% de los pacientes a los 5 años. La Tasa de reintervenciones ajustada por técnica alcanza el 46% de las GVA. Un 57% de los pacientes sometidos a GVA presentan criterios para reconversión a otra técnica Bariátrica. El BPG es una alternativa segura y eficaz en los pacientes que requieren una segunda intervención bariátrica.

P-222

RABDOMIOLISIS EN EL POSTOPERATORIO DE PACIENTE SUPER-SUPEROBESA

M.M. Sánchez-Lauro Martínez, J.A. Martín Cabrera, C. Fernández Quesada, E. Nogués Ramia, A. Alonso Alvarado, C. Roque Castellano y J. Hernández Romero
Hospital General Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: La rabdomiolisis es un síndrome clínico y bioquímico causado por la necrosis de las fibras musculares y liberación de las proteínas intracelulares en la circulación sistémica, dando lugar a complicaciones metabólicas variadas y a un posible fallo renal agudo. Los obesos mórbidos presentan un elevado riesgo postoperatorio, que es directamente proporcional a su IMC y al tiempo operatorio, entre otros factores.

Material y métodos: Mujer de 28 años con un IMC de 104 kg/m², (peso 280 kg y talla 1,64 m) a pesar de haberse realizado una gastroplastia de Masson a los 15 años. Se le practica un bypass gástrico distal más colecistectomía y eventrorrafia con descarga en la vaina de los rectos. La intervención tuvo una duración de 5 horas, durante las cuales las pérdidas hemáticas fueron de 700-800 ml de sangre. La principal complicación anestésica fué la intubación, que se realizó con fibrobroncoscopio y la paciente despierta, se extubó a las 8 horas tras finalizar la operación.

Resultados: En el postoperatorio inmediato (menos de 24 horas) refiere dolor intenso en región lumbar, oliguria, alteración del potasio, fósforo, calcio y elevación importante de las cifras de CPK y creatinina, cuyos niveles alcanzaron los 39.020 U/L y 2,6 mg/dl respectivamente. Se procede a hidratación intensa, administración de diuréticos del asa, manitol y alcalinización de la orina, consiguiendo que las cifras mejoren significativamente a partir del quinto día, sin requerir dialización. Su estancia en la unidad de reanimación fue de 7 días y se inició la tolerancia en el quinto día postoperatorio.

Conclusiones: 1. El diagnóstico y tratamiento temprano de la rabdomiolisis es fundamental para que el cuadro clínico sea reversible. 2. Se deben determinar los niveles de CPK de forma sistemática en el postoperatorio de los pacientes obesos mórbidos y de forma estricta en aquellos que presenten factores de riesgo condicionantes para el desarrollo de fallo renal agudo. 3. El tiempo quirúrgico reducido así como el acolchamiento de la región lumbar y glútea son importantes medidas de prevención.

P-223

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL TRAS BY-PASS GÁSTRICO

L. Sanz Alvarez, J. García Noval, C. García Bernardo, M.L. Fernández Suárez, J.J. González González y E. Martínez Rodríguez
Hospital Universitario Central de Asturias, Universidad de Oviedo, Oviedo.

Introducción: La obstrucción intestinal como complicación tardía del by-pass gástrico tiene una incidencia aproximada del 2% y suele deberse al desarrollo de una hernia interna. Presentamos tres casos de obstrucción intestinal en pacientes intervenidas de obesidad mórbida (by-pass gástrico por vía abierta) con distinta etiología de la obstrucción.

Pacientes y método: Desde octubre de 2003 hasta marzo de 2006 hemos intervenido a 90 pacientes de obesidad mórbida realizando by-pass gástrico. Tres pacientes precisaron reintervención por obstrucción intestinal a los 7, 11 y 17 meses del by-pass gástrico. Se detallan los hallazgos clínicos, radiológicos y quirúrgicos de las tres pacientes con obstrucción intestinal.

Resultados: La clínica principal fue de vómitos en un caso y dolor abdominal en los otros dos. El diagnóstico de sospecha clínico se confirmó mediante TC abdominal la cual mostró hallazgos específicos de la localización de la obstrucción, que en un caso fue del asa alimentaria, en otro del asa biliopancreática y del asa común en el tercero. La intervención se realizó menos de 24 horas tras el ingreso encontrándose en dos casos la presencia de una brida como causa de la obstrucción y en la otra paciente una hernia interna. No fue necesaria la resección intestinal. La evolución postoperatoria y el seguimiento posterior fueron favorables.

Conclusiones: La obstrucción intestinal tras by-pass gástrico abierto es relativamente frecuente (3,3% en nuestra serie). La clínica depende

del lugar de la obstrucción. El diagnóstico radiológico precisa de la TC, siendo de escasa ayuda la radiología simple. En nuestra experiencia es más frecuente la presencia de una brida que de una hernia interna como causa de la obstrucción.

P-224

OBESIDAD MÓRBIDA ASOCIADA A SÍNDROME DE PRADER WILLI. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTOS ENFERMOS

G. Rodríguez Velasco, E. Mendiola, P. Priego, R. Peromingo, C. Ramiro, N. Losa, D. García Teruel y V. Fresneda
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El síndrome de Prader Willi es una enfermedad genética multisistémica caracterizada por hipotonía neonatal, hipogonadismo hipotalámico, retraso mental de grado moderado a severo e hiperfagia compulsiva, siendo esta última responsable de una obesidad mórbida que comienza a desarrollarse a partir del segundo año de vida.

Las complicaciones secundarias a este sobre peso (DM-II, hiperlipidemia, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia respiratoria, patología osteoarticular...) son los problemas más serios y comunes que contribuyen a la morbilidad de estos enfermos lo que condiciona una expectativa de vida aproximada de 20-30 años.

Material y métodos: Revisión de los enfermos con Síndrome de Prader Willi intervenidos en nuestro hospital por obesidad mórbida.

Resultados: Han sido intervenidos dos enfermos, un hombre y una mujer, que previamente habían realizado múltiples tratamientos para reducir peso sin éxito alguno. Ambos presentan comorbilidad importante secundaria a su obesidad. En los dos casos se realiza como técnica quirúrgica una derivación biliopancreática de Scopinaro sin complicaciones importantes en el postoperatorio. En el seguimiento posterior muestran una pérdida de peso progresiva con disminución de la comorbilidad.

Conclusiones: Debido a la hiperfagia compulsiva (ausencia de saciedad) y al retraso mental (dificulta el cambio de hábito alimentario) que asocia este síndrome los programas de reducción de peso habituales son inadecuados para obtener una pérdida de peso sustancial y mantenida en el tiempo. Bajo estas condiciones el manejo terapéutico quirúrgico debe ser tenido en cuenta para el control a largo plazo de la obesidad, aumentando así la esperanza de vida de estos enfermos.

P-225

RELEVANCIA DE LA ENDOSCOPIA PREOPERATORIA EN LA CIRUGÍA BARIÁTRICA DEL BY-PASS GASTROYEYUNAL EN Y DE ROUX

F. Domper Bardají, C. Roldán Camacho, R. de la Plaza Llamas, A. Hernández Albújar, J. Hernández Calvo, J. Martín Fernández y E. Rodríguez Sánchez
Hospital General, Ciudad Real.

Objetivos: La cirugía bariátrica mediante un by-pass gastroyeunal en Y de Roux (BPGYR) hace casi imposible el abordaje endoscópico de la cavidad gástrica sin apoyo laparoscópico. Esta nueva situación anatómica puede demorar el diagnóstico de enfermedades gastroduodenales relevantes. La presencia de patología gástrica, el esófago de Barrett o la hernia hiatal además pueden condicionar la técnica quirúrgica. Según algunos estudios publicados la rentabilidad de la endoscopia alta preoperatoria en estos pacientes es alta. Los objetivos de nuestro estudio han sido describir la patología endoscópica y prevalencia de la infección por Helicobacter pylori (Hp) y su relación con la sintomatología en estos pacientes y valorar si la endoscopia modificó la indicación o la técnica quirúrgica.

Material y métodos: Se revisaron todos los pacientes en lista de espera quirúrgica para realización de un BPGYR de nuestro hospital entre los años 2000 y 2005. De forma protocolizada se recogieron datos clínicos y analíticos. En todos los pacientes se realizó endoscopia alta y se valoró la presencia de Hp mediante CLO-test (antro y cuerpo), erradicando la infección antes de la cirugía.

Resultados: Se incluyeron 141 pacientes en el estudio. La edad media fue de 41,2 años (20-60), 33 eran varones (23,4%). El índice de masa corporal (IMC) medio fue de 51 kg/m² (37-72). Un 4,3% tomaban IBP,

un 10% AINES y el porcentaje de fumadores y bebedores de >30 g alcohol/día fue del 33,3% y 5% respectivamente. Un 48,9% presentaban sintomatología digestiva (ERGE 34%, dispepsia ulcerosa 20,6%, dispepsia tipo dismotilidad 0,7%, anemia o ferropenia 2,8%). La endoscopia fue anormal en un 51,8% del total de pacientes (hernia hiatal por deslizamiento 31,9%, esofagitis péptica leve 17,7%, esófago de Barrett corto 1,4%, gastritis 11,3%, bezoar 0,7%, úlcera péptica 5,7%). El test de la ureasa fue positivo en 73 pacientes (51,8%). La relación entre la clínica y los hallazgos endoscópicos relevantes no obtuvo significación estadística. En ningún paciente se modificó la indicación o técnica quirúrgica tras la realización de la endoscopia. Por protocolo se erradió Hp lo que sí alargó el tiempo de espera quirúrgica en pacientes sin respuesta al tratamiento.

Conclusiones: La erradicación sistemática de Hp en nuestros pacientes ha condicionado una escasa relevancia de la endoscopia preoperatoria dado que no modificó ni el tratamiento médico ni la indicación o técnica quirúrgica. La sintomatología digestiva en estos pacientes fue frecuente y no discriminó la presencia o ausencia de patología significativa en la endoscopia.

P-226

ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL CON GRAPADORA LINEAL EN EL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

G. Rodríguez Velasco, R. Peromingo, P. Priego, E. Mendiola, C. Ramiro, D. García Teruel, E. Lisa, N. Losa y V. Fresneda
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El Bypass gástrico laparoscópico (BGL) es una técnica derivativa utilizada en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Consiste en la creación de un pequeño reservorio gástrico a expensas de la curvatura menor y una reconstrucción del tránsito intestinal en Y de Roux con asas de longitudes variables en función del I.M.C. En la mayoría de las series descritas en la literatura, la anastomosis gastroyeunal se realiza con sutura circular mecánica. Presentamos una modificación técnica utilizada por nuestro grupo con buenos resultados.

Descripción de la técnica: 1) Paso de asa alimentaria transmesocólica y retrogástrica hasta el reservorio. 2) Puntos seroserosos de cara posterior de reservorio a cara posterior yeyunal para disminuir tensión en anastomosis. 3) Apertura de muñón gástrico y asa intestinal. 4) Anastomosis termino-lateral mecánica con endograpadora lineal (endoGIA de carga azul). 5) Cierre del orificio con puntos sueltos de Ethibond de 3/0. 6) Comprobación de estanqueidad de anastomosis con 100 ml. de suero. 7) Drenaje subhepático de forma sistemática.

Resultados: En el momento actual llevamos realizados 101 BGL utilizando este tipo de gastroenteroanastomosis, teniendo 1 sólo caso de dehiscencia (0,99%) y ninguno de estenosis en el seguimiento posterior.

Discusión: Publicaciones recientes sitúan el riesgo de dehiscencia entre el 1 y el 3%, pudiendo llegar en fases iniciales de implantación de la técnica al 5%. Vistos nuestros resultados podemos concluir que pese a no ser la técnica habitual utilizada por la mayoría de los grupos es una técnica segura.

P-227

COMPLICACIONES EN BY PASS GÁSTRICO

J.A. Martín Cabrera, C. Fernández Quesada, M. Sánchez-Lauco Martínez, G. Gómez Guerra, E. Nogués Ramírez, A. López Veloso, A. Rodríguez Menéndez y A. Alonso Alvarado
Hospital General Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Evaluar complicaciones post quirúrgicas 302 pacientes intervenidos By Pass Gástrico Abierto (268) ó Laparoscópico (34) entre 1999-2005.

Material y métodos: 302 Pacientes Obesidad Mórbida (55% Obesidad Mórbida IMC 40-50, 30% Súper Obesidad IMC 50-60, 15% Súper Súper Obesidad IMC > 60) sometidos a BPG (48% Abierto, 27,4% Capella con anilla, 19,8% Laparoscópico, 5,8% BPG Distal). Las complicaciones postquirúrgicas en Cirugía Bariátrica se describen como inmediatas o tardías.

Resultados: Edad: 38 años (19-58; 9,7). Sexo: Femenino (78%). Peso: 141 (102-283; 25,9). Talla: 164 (148-189; 7,9). Sobre peso: 80,6 (46-222; 23,8). IMC: 50,1 (37-109; 7,9). Tiempo de seguimiento: 36 meses (9-72; 8,2). PSP anual (1º año: 65,9, 2º año: 68,5, 3º año: 66,73, 4º año: 66,4, 5º año: 66,1). IMC anual (1º año: 33,5, 2º año: 30, 3º año: 31,5, 4º año: 66,4, 5º año: 66,1)

1) INMEDIATAS: Abierto: IHQ (2,3%), HDA precisa transfusión (2,6%), HDA autolimitada (1,3%), HDA precisa revisión quirúrgica (0,6%), Dehiscencia anastomosis (0,6%), Infección respiratoria (0,6%). Anilla (0,6%). Insuficiencia cardíaca (0,6%). Rabdomiolisis (0,6%). Fistula Gastrogástrica (0,6%). Ileo (0,6%). Exitus (0,6%). Laparoscópico: Dehiscencia anastomosis (0,6%). Fístula Gastrogástrica (0,6%). Ileo (0,6%)

2) TARDÍAS: Abierto: Eventración (27,8%), Anemia Ferropénica (5,2%), Estenosis Gastroyeyunal (1,98%), Obstrucción intestinal por bridas (0,6%). Fístula Gastrogástrica (0,6%). Laparoscópico: Eventración (0,6%), Anemia Ferropénica (0,6%)

Conclusiones: BPG Capella genera el 52% complicaciones inmediatas y 63,7% de las tardías. La Eventración abdominal es la complicación tardía más frecuente en cirugía Abierta. El abordaje laparoscópico disminuye la frecuencia de complicaciones inmediatas y tardías. Los pacientes portadores de Súper Obesidad y Súper Súper Obesidad presentan menor incidencia de complicaciones inmediatas y tardías.

P-228

RABDOMIOLISIS POSTOPERATORIA COMO COMPLICACION DE CRUCE DUODENAL EN OBESIDAD MÓRBIDA

P. Cascales Sánchez, E. García Blázquez, S. Usero Rebollo, A. Martínez Moreno, J.A. González Masia, J.I. Miota de Llama y J.M. Moreno Resina

Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Introducción: La rabdomiolisis se puede producir por isquemia, traumatismo o ingesta etílica y como consecuencia se produce un fallo renal. Pocas publicaciones hacen referencia al riesgo que tienen los pacientes de cirugía bariátrica de presentar rabdomiolisis. Se presenta un caso de rabdomiolisis no traumática en el postoperatorio de una paciente con cruce duodenal para tratamiento de la obesidad mórbida.

Caso clínico: Paciente mujer de 36 años intervenida de obesidad mórbida mediante cruce duodenal. **Antecedentes personales:** hipotiroidismo, HTA, diabetes mellitus, SAOS, 1 cesárea y mioma uterino. **Enfermedad Actual:** Obesidad desde siempre, con aumento de peso durante los embarazos y con aumento progresivo del mismo posteriormente. Sedentarismo desde hace tres meses. No refiere ingestión excesiva de dulces. **Exploración Física:** peso 157, talla 1,52, IMC 68. Exploración abdominal sin hallazgos significativos. **Exploraciones complementarias:** 1) Transito EGD: normal. 2) Eco abdominal: esteatosis hepática. 3) Perfil psicológico: óptimo para cirugía bariátrica. 4) Ecocardiograma: hipertrofia septal severa. 5) Polisomnografía: SAOS severo. Se interviene de forma programada bajo anestesia general realizándose cruce duodenal. Al 2º día postoperatorio presenta fracaso renal agudo oligoanúrico (creatinina: 3,6 mg/dl) con aumento de CK (23836) y mioglobina (30867) compatible con rabdomiolisis no traumática que se trató con apoyo diurético con Furosemida. La paciente evoluciona posteriormente de manera favorable y se decide alta hospitalaria al 13º día de su ingreso.

Discusión: La rabdomiolisis es un síndrome clínico causado por necrosis muscular que constituye una complicación infrecuente aunque posible en cirugía bariátrica, con potencial mortalidad para el paciente. En nuestra serie tiene una incidencia del 0,8%. Tiene lugar como consecuencia de la posición quirúrgica no fisiológica, con compresión muscular prolongada. Se puede prevenir evitando cuidadosamente los puntos de sobrepresión en la mesa operatoria y cambiando la posición del paciente intra y postoperatoriamente. Una posible solución para disminuir el tiempo operatorio prolongado es realizar la intervención en dos tiempos y evitar seleccionar pacientes de alto riesgo (superobesidad) durante la curva de aprendizaje. En conclusión, la rabdomiolisis constituye una complicación importante y potencialmente fatal de la cirugía bariátrica cuya mejor forma de evitarla es una preventión efectiva.

P-229

SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A PERFORACIÓN GASTRICA POR BANDA BARIATRICA LAPAROSCÓPICA

T. Moreno Allende, J. Losada Rodríguez, I. Palomares, J.M. García González, F. Múgica Marquiegui, J.M. Iturriaga Zaldúa, R. Pinedo Fernández y L. Pérdido Bilbao
Hospital de Cruces, Baracaldo.

Introducción: Las técnicas quirúrgicas para la obesidad mórbida varían según diversos criterios. En las últimas décadas se ha propuesto la colocación de una banda gástrica por laparoscopia, como método mínimamente invasivo, de carácter restrictivo, seguro y reversible para lograr una rápida pérdida de peso. Tiene una mortalidad de 1 de cada 2.000 intervenciones (O'Brien PE, Dixon JB. Lap band: outcomes and results. Journal of laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques). Sus principales complicaciones son la herniación gástrica, la dilatación del esofágico o del remanente gástrico, la erosión o migración de la banda y los problemas del reservorio subcutáneo. La perforación gástrica es una complicación poco frecuente (Furbetta F, Coli E. Codification of techniques for reoperation after Lap-Band. Obesity surgery).

Presentación clínica: Mujer de 34 años con IMC de 58,5%. Viaja a Argentina para ser intervenida de cirugía bariátrica, colocándosele una banda gástrica por laparoscopia. Es dada de alta al día siguiente y en el vuelo de regreso a España, 48 horas tras la intervención, comienza con fiebre, dolor en región dorsal y distensión abdominal. Exploración normal. Analítica normal. Rx tórax: aumento de densidad retrocardiaca. TAC: derrame pleural bilateral con escaso líquido libre y sin signos de TEP. Ingresa en la UCI por insuficiencia respiratoria. Al 7º día del ingreso se objetiva salida de líquido purulento por una de las heridas laparoscópicas. TAC toraco-abdominal: colecciones intraabdominales, derrame pleural y neumotórax izquierdos. Se decide la colocación de drenajes torácicos, que extraen 2L de líquido purulento, y la práctica de laparotomía exploradora urgente. Hallazgos: peritonitis generalizada y absceso retrogástrico. Se practica la retirada de la banda gástrica, lavado de cavidad abdominal y colocación de drenajes. Al 4º día presenta un cuadro de shock séptico y se decide una reintervención urgente. Se evidencia una peritonitis generalizada con absceso retrogástrico y perforación en la unión esofagogastrica. Se realiza desbridamiento del absceso retrogástrico, rafia de la perforación, lavado y colocación de drenajes. **Evolución:** favorable.

Comentarios: No hay un acuerdo sobre la técnica más adecuada para los diferentes grados de obesidad. Se ha propuesto limitar el uso de la banda gástrica en pacientes superobesos, ya que puede causar vómitos frecuentes o ser saboteable con productos hipercalóricos. Este caso es un ejemplo del cada vez más frecuente "turismo quirúrgico" y de la moderna "fast-track surgery", que aboga por la disminución de la hospitalización y de los costes. Desde nuestro punto de vista, sólo es una opción deseable cuando se realice el seguimiento oportuno en un entorno adecuado. Así es posible conocer los resultados y complicaciones de la cirugía, y mantener unos ciertos niveles de calidad que garanticen el bienestar del paciente.

P-230

EFEKTOS DE LA GASTRECTOMIA TUBULAR SOBRE DIFERENTES MODELOS EXPERIMENTALES DE OBESIDAD MÓRBIDA

F. Sabench Pereferrer¹, M. Hernández González³, S. Blanco Blasco³, A. Morandeira² y D. del Castillo Déjardin³

¹Facultad de Medicina, Universitat Rovira i Virgili, Reus. ²Hospital Universitario de Sant Joan, Reus. ³Facultad de Medicina, Universitat Rovira i Virgili, Hospital Universitario de Sant Joan, Reus.

Introducción: Dentro de los avances en las técnicas de cirugía bariátrica, la gastrectomía tubular se ha visto potenciada gracias a los buenos resultados que a nivel ponderal demuestra. En un principio como primer tiempo del Switch duodenal y ahora más recientemente como intervención tipo para un determinado perfil de paciente afecto de obesidad mórbida. Nuevas hormonas implicadas en la ganancia de peso y el aumento de la ingesta como la grelina sintetizada en el fundus gástrico y sus efectos orexígenos, hacen que la intervención quirúrgica se convierta en el tratamiento etiológico de determinados tipos de obesidad mórbida.

Objetivo: Determinar en qué modelo experimental de obesidad mórbida es más efectiva la gastrectomía tubular, tanto a nivel de pérdida de peso, como en la disminución de la ingesta.

Métodos: Modelos experimentales: ratas Sprague-Dawley, ratas Sprague-Dawley engordadas mediante dieta de cafetería, ratas Zucker diabetic Fatty y ratas Zucker (estos dos últimos modelos corresponden a obesidad por causas genéticas, siendo el primer grupo modelo de Diabetes tipo 2). 1) *Gastrectomía tubular*: Laparotomía media. Disección de la curvatura mayor. Ligadura de vasos de la curvatura mayor. Gastrectomía lineal longitudinal con exéresis del Rumen y parte de fundus gástrico (2,5 cm. de longitud). Sutura continua doble. Comprobación de la estanqueidad de la cámara gástrica mediante insuflación de la misma con suero fisiológico a través sonda nasogástrica. Dieta líquida durante 72 horas.

Medición del peso y la ingesta del animal de forma diaria durante 15 días postoperatorios. Cálculo del % de exceso de peso perdido y el correspondiente para la edad del animal.

Resultados: Técnicamente, en la gastrectomía tubular se requiere de una segunda sutura continua que incluya la primera línea, con el fin de reforzar los puntos de fuga. A nivel ponderal, los resultados han sido diferentes respecto a los cuatro modelos experimentales. La mayor pérdida de peso se ha registrado en el grupo de ratas Sprague Dawley engordadas con dieta cafetería. En cambio en los modelos de obesidad genética la respuesta ha sido más pobre, si bien las ratas con modelo de Diabetes mellitus tipo 2 consiguen una mejora sustancial de la glucemia durante la primera semana postintervención.

Conclusiones: A partir de estas técnicas ha derivado la monitorización de diferentes variables como el volumen de ingesta, la pérdida de peso, variaciones de la glucemia y de otras determinaciones hormonales (Grelina, Insulina, GLP-1). La gastrectomía tubular es una excelente opción para la obesidad mórbida por causas exógenas.

P-231

VÓLVULO GÁSTRICO POST-GASTRECTOMÍA TUBULAR (SLEEVE GASTRECTOMY) EN UN PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA TRIPLE

S. Blanco Blasco¹, A. Morandeira Rivas³, M. Hernández González¹, F. Sabench Pereferrer², J. Sánchez Pérez, A. Sánchez Marín¹ y D. del Castillo Déjardin¹

¹Hospital Universitario de Sant Joan de Reus. Facultad de Medicina. Universidad Rovira i Virgili, Reus. ²Facultad de medicina, Universidad Rovira i Virgili, Reus. ³Hospital Universitario de Sant Joan, Reus.

Objetivo: La realización de la gastrectomía tubular o "sleeve gastrectomy" por laparoscopia, en pacientes obesos mórbidos, tanto como única técnica o como primer tiempo en el marco del "switch duodenal", ha demostrado ser una técnica segura y con un índice bajo de complicaciones. Por otro lado, la volvulación del estómago se describe en aquellos sujetos donde sea por laxitud de las fijaciones anatómicas gástricas o por una malposición del estómago, lo que facilitaría el giro o volvulo gástrico.

Métodos: Presentamos un paciente afecto de Obesidad Mórbida (IMC = 70 Kg/m²-220 Kg) a la que se realizó una gastrectomía tubular por laparoscopia, sin incidencias peroperatórias. En el curso post-operatorio se observa que no tolera la ingesta líquida y el TEGD demuestra un "stop" a nivel del nuevo antró. La fibroendoscopia observa una malposición del estómago que no le permite progresar con el endoscopio. Se decide nueva intervención quirúrgica por laparoscopia que demuestra el hallazgo de la volvulación organoaxial del estómago tubulado. Se practica desvolvulación, antrectomía completando la intervención a modo de switch duodenal, pero sin la preservación pilórica.

Resultados: El paciente presentó posteriormente una sepsis del catéter de NPT por cándidas lo que obligó su ingreso en UCI.

Fue dado de alta a los 95 días con una correcta tolerancia a la ingesta. Al año de la intervención el peso es de 110 Kg, con buena calidad de vida.

Conclusiones: El índice de complicaciones de la cirugía bariátrica es superior a la cirugía en individuos no obesos. La "sleeve gastrectomy" deja al estómago sin las fijaciones de la curvatura mayor, y el abordaje laparoscópico disminuye las adherencias lo que facilita una posible volvulación. No se ha descrito hasta la actualidad ningún caso de este tipo, y no es posible por tanto aconsejar alguna maniobra de fijación del

estómago tubulado como prevención. En el caso que presentamos optamos por una pequeña resección gástrica de la zona volvulada y completar todo el procedimiento de cirugía bariátrica.

P-232

EFEKTOS INDESEABLES TRAS BYPASS BILIOPANCREÁTICO SEGÚN LAS MEDIDAS DEL TRAMO COMÚN

M. Elía Guedea, J.A. Gracia Solanas, P. Royo Dachary, A. Jiménez Bernadó, M.A. Bielsa Rodrigo y M. Martínez Díez
Hospital Clínico Universitario, Zaragoza.

Introducción: El bypass biliopancreático, técnica mixta antiobesidad, se ha mostrado efectiva en cuanto a pérdida ponderal, mantenimiento de dicha pérdida en el tiempo, y mejoría de comorbilidades asociadas, si bien los efectos secundarios o "indeseables" como diarreas, hipoproteinémia, hipovitaminosis, y malnutrición son elevados y producen un deterioro de la calidad de vida del paciente intervenido. En nuestro Servicio hemos modificado la técnica primitiva de Scopinaro, que iniciamos en 1986, para intentar minimizar estos efectos.

Material y métodos: Desde 1995 hemos intervenido a 150 pacientes sometidos a bypass biliopancreático Scopinaro (tramo alimentario 200 cm-tramo común 50 cm), 31 sometidos a técnica de Larrad modificada (400 cm-75 cm), y 80 sometidos a bypass biliopancreático modificado (225 cm-75 cm).

Resultados: 1) *Larrad*: 4 hombres, 27 mujeres, 60% obesos mórbidos y 40% superobesos. Edad media de 49 años ± 10,8. IMC inicial era 57 kg/m² y su evolución durante el seguimiento 1 año 35 kg/m², 2 año 33 kg/m², 3 año 36 kg/m². La evolución del % SPP fue 1 año 65%, 2 año 71%, 3 año 67%. Efectos indeseables: anemia 32%, hipoproteinémia 8%, nº deposiciones 2-3/día, malnutrición 0%. 2) *Bypass biliopancreático modificado*: 22 hombres, 58 mujeres, 25% obesos mórbidos y 75% superobesos. Edad media de 46 años ± 8,4. El IMC inicial era 52,7 kg/m² y su evolución durante el seguimiento 1 año 34,1 kg/m², 2 año 32 kg/m², 3 año 31,6 kg/m². La evolución del % SPP fue 1 año 64%, 2 año 68,8%, 3 año 86%. Efectos indeseables: anemia 40%, hipoproteinémia 4%, nº deposiciones 2-3/día, malnutrición 0%. 3) *Scopinaro*: 53 hombres, 97 mujeres, 41% obesos mórbidos y 58% superobesos. Edad media de 39 años ± 11. El IMC inicial era 52,5 kg/m² y su evolución durante el seguimiento 1 año 33 kg/m², 2 año 31 kg/m², 3 año 31,2 kg/m². La evolución del % SPP fue 1 año 68%, 2 año 75%, 3 año 75,7%. Efectos indeseables: anemia 61%, hipoproteinémia 15%, nº deposiciones 4/día, malnutrición 10%.

Conclusiones: El precio pagado por las técnicas mixtas es y el porcentaje de pacientes que sufren importantes trastornos metabólicos y reingresos por malnutrición es elevado, lo que altera la calidad de vida del paciente intervenido, así como obliga un estrecho seguimiento de por vida. Es por esto por lo que hemos modificado la técnica inicial de Scopinaro, logrando una disminución significativa de los efectos indeseables, consiguiendo reducir la malnutrición proteica a 0, manteniendo una pérdida ponderal satisfactoria.

P-233

INTOLERANCIA ALIMENTARIA TRAS BY-PASS GÁSTRICO: INCIDENCIA Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

F. Domper Bardají, C. Casas Gómez, R. de la Plaza Llamas, P. Carpintero Briones, J. Hernández Calvo, J. Martín Fernández y E. Rodríguez Sánchez
Hospital General, Ciudad Real.

Objetivos: El by-pass gástrico en Y de Roux (BPGYR) es un tratamiento habitual de la obesidad mórbida. Tras la cirugía en ocasiones existe intolerancia alimentaria (disfagia y/o vómitos) observando estenosis de la anastomosis gastroyeyunal en un 2-27% de los pacientes según diferentes estudios. El tratamiento endoscópico parece ser eficaz y seguro. Los objetivos de este estudio han sido describir la incidencia de intolerancia alimentaria tras este tipo de cirugía y el resultado del tratamiento endoscópico mediante catéteres de balón de dilatación en pacientes con estenosis.

Material y métodos: Se revisaron todos los pacientes operados en nuestro hospital entre los años 2000 y 2005 en los que se había realizado un BPGYR. El abordaje fue laparoscópico, con una longitud del

asa yeyunal entre 75 y 200 cms dependiendo del índice de masa corporal (IMC) y montaje antegástrico-antecólico en la mayoría de los casos. La grapadora utilizada en la anastomosis gastroyeyunal fue circular de 21 ó 25 mm, quedando 20 ml de reservorio gástrico. Se realizó de forma protocolizada endoscopia en aquellos que consultaron por disfagia y/o vómitos. Se utilizaron balones de dilatación progresivos con guía, con diámetros entre 8 y 18 mm (CRE™ TTS, Boston Scientific).

Resultados: En 20 (14,2%) pacientes de 141 operados se realizó endoscopia alta, siendo normal en 11. Nueve (6,38%) presentaron estenosis de la anastomosis y en uno de ellos además coexistía úlcera. La edad media de los pacientes con estenosis fue de 44 años (30-56), 2 eran varones y el IMC preoperatorio fue de 54,6 kg/m². El tiempo medio hasta el inicio de los síntomas fue de 3 meses (2-5). Se realizaron un total de 19 endoscopias, con una media de 2,1 (1-5) por paciente. El éxito final del tratamiento endoscópico (desaparición definitiva de los síntomas) se consiguió en todos los pacientes. En aquellos que requirieron más de una dilatación el tiempo medio de resolución de los síntomas fue aproximadamente de dos meses (1-11). El diámetro mínimo necesario del balón de dilatación utilizado para conseguir el éxito terapéutico definitivo fue de 13 mm. El diámetro máximo utilizado en pacientes refractarios fue de 18 mm. El seguimiento posterior tras el éxito terapéutico fue de 17 meses (5-34). No hubo complicaciones derivadas de la endoscopia en ningún caso.

Conclusiones: La frecuencia de intolerancia alimentaria tras BPGYR en nuestra serie ha sido del 14,2% observando estenosis de la anastomosis en un 6,38%. El tratamiento endoscópico mediante dilatación con catéter de balón fue efectivo en todos los pacientes con estenosis. Los diámetros mínimo y máximo requeridos para el éxito terapéutico fueron de 13 y 18 mm respectivamente. No existieron complicaciones derivadas del tratamiento endoscópico.

P-234

COMPLICACIONES OCULARES POR HIPOVITAMINOSIS A, TRAS BYPASS BILIOPANCREÁTICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

J.L. García Calleja, J. Solano Murillo, J.J. Resa Bienzobas, J.A. Fatás Cabeza, A. García García, J. Lagos Lizán, J.L. Blas Laina, J. Escartín Valderrama y E. Gonzalvo González
Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Objetivos: El bypass biliopancreático es una técnica quirúrgica eficaz para el tratamiento de la obesidad mórbida, ya que permite conseguir una pérdida del exceso de peso del orden del 50-80% a corto o medio plazo. Este tipo de cirugía, puede producir deficiencias vitamínicas (A, B₁₂, D y K), cuya incidencia oscila alrededor del 6%, pero resulta poco frecuente que estos déficit, occasionen graves consecuencias para los pacientes. El objetivo de la presente comunicación es presentar el caso de un paciente con hipovitaminosis A severa y complicaciones oculares (xeroftalmia y ceguera nocturna), después de la realización de un bypass biliopancreático para el tratamiento de su obesidad.

Caso clínico: Paciente varón, de 38 años de edad, hipertenso y obesidad mórbida grave. Presentaba un índice de masa corporal de 64 Kg/m² y cumplía los criterios para la solución quirúrgica de su obesidad. El paciente fue intervenido quirúrgicamente practicándose bypass biliopancreático sin gastrectomía por vía laparoscópica, cursando el postoperatorio con normalidad. El control y seguimiento posterior, durante los dos primeros años, fue satisfactorio, pero en la última revisión realizada recientemente, el paciente refería una importante sequedad ocular y perdida de la agudeza visual en situaciones de penumbra, sobre todo al atardecer y por la noche. En la analítica realizada se pudo comprobar que presentaba unos niveles muy bajos de vitamina A: 0,07 mg/L (rango, 0,3-0,8). En la exploración oftalmológica se objetivaba una conjuntiva bulbar seca (xerosis) y pequeñas manchas grises de superficie espumosa (manchas de Bitot), siendo el examen del fondo de ojo normal. El paciente fue diagnosticado de xeroftalmia y ceguera nocturna, secundarias a una severa hipovitaminosis A. Se instauró tratamiento, administrando una alta dosificación de vitamina A por vía parenteral durante tres días (100.000 UI al día) para corregir el déficit agudo. La respuesta al tratamiento ha sido excelente, desapareciendo los síntomas y constatando en el examen oftalmológico que la evolución de las lesiones oculares está siendo muy favorable. En este momento, nos encontramos en la segunda fase del proceso terapéutico, que consiste en

ajustar la dosis suplementaria vitamínica de mantenimiento, supervisando regularmente los niveles de la vitamina.

Conclusiones: La cirugía bariátrica es empleada con frecuencia en la actualidad para el tratamiento de pacientes con obesidad mórbida, tras el fracaso de otras modalidades terapéuticas. Algunas de las técnicas empleadas, como el bypass biliopancreático, pueden ocasionar malnutrición proteica y déficit vitamínicos. La hipovitaminosis A severa secundaria a intervenciones quirúrgicas para la obesidad es infrecuente, pero si se presenta debe ser tratada a tiempo, ya que de lo contrario puede ocasionar complicaciones oculares muy graves como: xeroftalmia, ceguera nocturna e incluso endoftalmitis y ceguera total. Por lo tanto, tenemos que tener siempre presente esta posibilidad, para poder realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

P-235

BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX POR LAPAROSCOPIA VS TUBULIZACIÓN GÁSTRICO (SLEEVE GASTRECTOMY) POR LAPAROSCOPIA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

R. Bravo, S. Delgado, M. Vidov, R. Corcelles, D. Momblan, J. Vidal y A.M. Lacy
Hospital Clínic, Barcelona.

Objetivo: Comparar la eficacia a los 12 meses de follow-up del Bypass Gástrico en Y de Roux por Laparoscopia (BPGYL) versus la Tubulización Gástrica por laparoscopia (TGL. "Sleeve Gastrectomy").

Material y métodos: Estudio prospectivo de los cambios de pérdida de peso y comorbilidades mayores en 32 pacientes con obesidad mórbida (IMC 51,8 ± 9,4 Kg/m²) sometidos a BPGYL o TGL.

Resultados: A pesar de que los sujetos sometidos a TGL presentaban mayor grado de obesidad ($p < 0,01$), el porcentaje medio de exceso de peso perdido (% EPP) entre los dos grupos fue comparable a los 6 y 12 meses de seguimiento (% EPP6m BPGYL 49 ± 4 vs TGL 50 ± 3, $p = 0,88$; % EPP12m BPGYL 60 ± 5 vs TGL 63 ± 4, $p = 0,62$). La proporción de pacientes con diabetes, HTA y dislipemia no fue diferente al basal en ninguno de los dos grupos a los 6 y 12 meses de seguimiento. No obstante, el BPGYL se asoció con el tiempo a una mejora significativa de los niveles en plasma de glucosa ($p < 0,01$), colesterol total ($p < 0,01$) y presión arterial sistólica ($p < 0,05$). Por el contrario, la TGL se asociaba únicamente con una mejora significativa del colesterol total ($p < 0,05$). Sin embargo los cambios a lo largo del tiempo en los parámetros metabólicos evaluados no fueron significativamente diferentes cuando se compararon los dos grupos.

Conclusiones: Los resultados muestran que a los 12 meses de seguimiento: 1) el BGGYL y la TGL son efectivos para inducir la pérdida de peso de una forma similar y 2) los cambios metabólicos son similares con estos dos tipos de técnica bariátrica.

P-236

ABDOMINOPLASTIA EN PACIENTES INTERVENIDOS POR OBESIDAD MÓRBIDA

J.M. Martos Martínez, C. Sacristán Pérez, A. Razak Muchref, M. Lozano Crivell, D. Salvador-Almeida Reyes y A. del Valle López de Ayala
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: A pesar de que tanto los pacientes como nosotros somos conscientes de que la intención de la cirugía bariátrica no es estética, es innegable que ésta produce secuelas que precisarán una respuesta por nuestra parte por los trastornos funcionales que llevan, principalmente las hernias postlaparotómicas y los colgajos cutáneos redundantes, sobre todo abdominales. En nuestro centro, hace 5 años que establecimos que los pacientes tributarios de dermoliposucción sin evntración, o solo con colgajos de brazos y muslos se remitían a Cirugía Plástica y los que presentaran evntración y abdomen péndulo serían tratados por nosotros. Presentamos nuestra experiencia en este sentido.

Pacientes y método: Pacientes intervenidos por nosotros por hernia postlaparotómica y/o abdomen péndulo entre mayo de 2001 y abril de 2006, referidos a los 186 pacientes intervenidos por obesidad mórbida en nuestra unidad.

Resultados: El total de hernias intervenidas más las pendientes de intervención es de 49, lo que representa un 25,8% de los pacientes so-

metidos a cirugía bariátrica, cifra inferior a las de alrededor del 40% referido en otras series de técnica de Scopinaro. Se realizaron 10 hernioplastias, 5 hernioplastias más colecistectomía, 21 hernioplastias más abdominoplastias (una con miomectomía uterina asociada) y 2 abdominoplastias puras en pacientes que solicitaron expresamente ser intervenidos por nosotros. De los 23 pacientes sometidos a hernioplastia + abdominoplastia (dermoliposucción más plicatura de rectos) 18 eran mujeres y 5 hombres, con una media de 41,9 años y 3,2 diagnósticos asociados. Se utilizó tanto la técnica clásica de dermoliposucción (Pitanguy/Regnault) como la llamada "en flor de lys" (similar a la de Castañares-Goethel), que facilita la reparación herniaria. El peso de las piezas extirpadas osciló entre los 6 y los 18 kg. Dos pacientes precisaron transfusión por anemia postquirúrgica (anemia previa). Una paciente presentó infección de herida, otra un seroma importante y otra una pequeña necrosis de colgajo (14,2%). Se discuten las diversas modalidades de abdominoplastia y sus detalles técnicos, así como sus peculiaridades en los pacientes intervenidos por obesidad mórbida.

Discusión: A pesar que la abdominoplastia se suele considerar como una técnica muy específica de Cirugía Plástica y de que en pacientes previamente intervenidos por obesidad mórbida se suelen referir unas tasas de complicaciones muy superiores a pacientes de la población general sometidos a dicha técnica, consideramos que nuestros resultados, aun en fase inicial, muestran que estas técnicas pueden ser realizadas por cirujanos generales conjuntamente con el tratamiento de las hernias postlaparotómicas, con baja morbilidad y aceptables resultados cosméticos.

P-237

PATOLOGÍA ANORECTAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE OBESIDAD MÓRBIDA

J.A. Gracia Solanas, M. Elía Guedea, J.M. Ramírez Rodríguez, P. Royo Dachary, M.A. Bielsa Rodrigo y M. Martínez Diez
Hospital Clínico Universitario, Zaragoza.

Introducción: La cirugía bariátrica demuestra ser el único tratamiento efectivo actualmente para asegurar y mantener en el tiempo una pérdida ponderal adecuada de los pacientes obesos mórbidos. Ésta cirugía lleva una morbilidad asociada postoperatoria que obliga a un estricto seguimiento de estos pacientes. Dentro de esta morbilidad se encuentra la patología anorrectal, que la mayoría de las veces pasa a un segundo plano debido a la mayor importancia que tienen otras complicaciones como la desnutrición y déficits vitamínicos pero que no por ello debemos olvidar dado que puede llegar a ser también incapacitante.

Material y método: Analizamos la patología anorrectal de una serie de 250 pacientes intervenidos por obesidad mórbida sometidos a bypass biliopancreático desde 1995 hasta 2005 en nuestro Servicio.

Resultados: Patología anorrectal: 25/250 pac con fisura anal de los que requirieron tratamiento quirúrgico 12, 12/250 abscesos, 35/250 pac con fistula perianal que requirieron tratamiento quirúrgico 17, 20/250 hemorroides de los que requirieron cirugía 9, 1 pac desarrolló gangrena de Fournier que obligó a 4 revisiones quirúrgicas. Número deposiciones/día 3,5 (rango 1-8) de características blandas.

Conclusiones: La modificación del hábito intestinal tanto por la morfología como composición y el número de deposiciones de los pacientes sometidos a bypass biliopancreático parece ser un factor predisponente para desarrollar patología anorrectal así como para su recidiva tras tra-

tamiento. La complejidad de estos pacientes lleva a la necesidad de englobarlos dentro de un equipo multidisciplinar en el que el cirujano juega un papel protagonista.

P-238

SWITCH DUODENAL EN DOS TIEMPOS EN LA OBESIDAD MÓRBIDA COMPLEJA

S. Blanco Blasco¹, F. Sabench Perefferr², M. Hernández González¹, A. Sánchez Marín¹, J. Sánchez Pérez¹, J. Doménech Calvet¹, A. Morandeira Rivas¹, F. Buils¹ y D. del Castillo Déjardin¹

¹Hospital Universitario de San Juan de Reus. Facultad de Medicina. Universidad Rovira i Virgili, Reus. ²Facultad de medicina. Universidad Rovira i Virgili, Reus.

Objetivo: El manejo quirúrgico de los pacientes con super-super obesidad ($BMI > 60 \text{ Kg/m}^2$) se caracteriza por tener asociadas una alta incidencia de mortalidad, morbilidad y un fracaso en la pérdida óptima del exceso de peso. Recientemente se ha comunicado la posibilidad de realizar los procedimientos quirúrgicos en dos etapas, en la que se podrían disminuir la morbilidad y obtener unos mejores resultados en la pérdida ponderal. En un primer tiempo se practicaría la gastrectomía lineal o "sleeve gastrectomy" por vía laparoscópica, como primer tiempo del switch duodenal. Al cabo de un cierto tiempo (10-12 meses), el paciente ya habrá obtenido una pérdida ponderal en la que se podrá realizar el segundo tiempo, que consistiría en completar el switch duodenal mediante la anastomosis duodeno yeyunal y la anastomosis yeyunoileal a 100 cm de la válvula ileocecal. Muchos de estos pacientes presentan comorbilidades quirúrgicas muy complejas como una lipodistrofia abdominal muy importante y grandes hernias o eventraciones con pérdida al derecho al domicilio, lo que hace que la corrección de todas estas patologías en un solo tiempo condicione un tiempo quirúrgico excesivo, con las consabidas complicaciones postoperatorias, y que pueden corregirse en el segundo tiempo. El objetivo de nuestro trabajo es la descripción de nuestra experiencia en este campo y obtención de resultados inmediatos y a largo plazo.

Métodos: En un período de 24 meses se han intervenido 10 pacientes ($BMI 60-75 \text{ Kg/m}^2$) super-super obesos. Todos del sexo femenino una edad media de 50 años. El BMI medio fue de 62 Kg/m^2 y un peso de 190 Kg. En todos los pacientes se realizó en un primer tiempo la gastrectomía lineal por laparoscopia. El tiempo operatorio medio fue de 130 mts, no hubo ninguna complicación postoperatoria, y la estancia media fue de 4,5 días.

Resultados: A los 6 meses se observó una media en la pérdida del exceso de peso de un 45%. 6 pacientes han sido intervenidos realizándose el segundo tiempo, complementándose con la cura de los defectos de la pared abdominal y una dermoliposucción reductora en los casos de abdomen péndulo severo. No se ha observado ninguna complicación ni precoz ni tardía, y el grado de satisfacción de los pacientes es muy elevado.

Conclusiones: La realización de los procedimientos quirúrgicos en dos tiempos en cirugía bariátrica en los pacientes con obesidades mórbidas en grado extremo permite obtener una significativa pérdida de peso, disminución de las comorbilidades mayores, sobretodo del tipo cardiovascular y metabólico, y con unas mínimas complicaciones postoperatorias. Nuestros resultados preliminares son alentadores y creemos que esta estrategia debe ser tenida en cuenta en los pacientes super-super obesos con altísimo riesgo quirúrgico.