

OBESIDAD MÓRBIDA

COMUNICACIONES ORALES

O-001. Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA ¿QUÉ HACEMOS CON LA REGANANCIA PONDERAL?

A. Casajoana Badia, A. García Ruiz de Gordejuela, J. Pujol Gebelli, L. Secanella Medayo, E. Fernández Alsina, X. Bonet Puntí y C. Masdevall Noguera

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La evolución tanto en la técnica como de volumen de la cirugía bariátrica, así como el tratamiento multidisciplinar de la obesidad mórbida, hace cada vez más importante el estudio y tratamiento de las complicaciones de la cirugía primaria. En este trabajo se analizan los casos de cirugía revisional tratados en nuestra Unidad centrándonos en la ausencia de pérdida ponderal o reganancia.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de cirugía revisional intervenidos entre 1990 y diciembre 2010 en nuestro Centro. Se excluyen del estudio los segundos tiempos de cruce duodenal y las cirugías urgentes por complicaciones inmediatas. Las variables de estudio son cirugía primaria y de revisión realizadas, las indicaciones de la segunda cirugía y la morbilidad asociada tras la cirugía revisional.

Resultados: En el periodo de tiempo estudiado, se han realizado 1.719 cirugías bariátricas, de las cuales 67 han sido revisionales (4%). La principal causa de cirugía revisional ha sido la pérdida ponderal inadecuada, 38 pacientes (57%). La banda gástrica con 16 casos (73%) y gastroplastia vertical anillada en 16 casos (47,1%) son las cirugías que más frecuentemente han tenido que ser revisadas por inadecuada pérdida ponderal. La técnica escogida en la mayoría de los casos, 26 pacientes, fue el bypass gástrico (48,1%).

Conclusiones: En nuestra experiencia la principal causa de cirugía revisional fue la pérdida ponderal inadecuada, siendo las cirugías restrictivas las que con mayor frecuencia necesitaron de este tipo de cirugía. En la mayoría de los casos la técnica escogida para la reconversión fue el bypass gástrico.

O-002. RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES, ESTANCIA MEDIA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A ABDOMINOPLASTIA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.L. García García, A. Campillo Soto, R. Lirón Ruiz, J.A. Torralba Martínez, J.G. Martín Lorenzo, M.J. Cases Baldo, M.P. Guillen Paredes, A. Carrillo Alcaraz y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: La cirugía bariátrica ha alcanzado un desarrollo extraordinario en las últimas décadas y con ella, asociadas, las técnicas de cirugía plástica como las abdominoplastias. Tras una pérdida de peso masiva, es frecuente la aparición de piel laxa, redundante y colgante que va a requerir tratamiento quirúrgico dado el disconfort físico y psicosocial que suponen para el paciente. Aunque esta operación, a la larga, está asociada a una mejor calidad de vida y satisfacción del paciente, las altas tasas de complicación postoperatoria, en un principio, afectan a las expectativas del paciente. El propósito de este es-

tudio es identificar los predictores de complicación para optimizar la selección de pacientes y adecuar los tiempos entre cirugías.

Material y métodos: 175 pacientes, fueron intervenidos por obesidad mórbida entre 2003-2008 en nuestro hospital. De ellos, 72 (21 varones y 51 mujeres, con edad media 43,5 ± 10,7) se sometieron a una dermolipectomía y abdominoplastia. Fueron revisados, retrospectivamente; datos demográficos, el estado pre y poscirugía y las comorbilidades. Se utilizó la clasificación de Clavien modificada para estimar las complicaciones. Posteriormente se midió el nivel de satisfacción, mediante encuesta, expresada en una escala tipo Likert desde 1 (muy satisfecho) a 4 (muy insatisfecho). Se realizó un análisis comparativo de las distintas variables demográficas y clínicas entre pacientes con (n = 33) y sin complicaciones (n = 39). Se usó para el análisis estadístico SPSS 17.0 para Windows. Las variables se expresan como medias, desviación estándar y porcentajes. La comparación entre variables mediante las pruebas χ^2 de Pearson, exacta de Fisher y t de Student o Mann Whitney.

Resultados: a) Complicaciones: En 33 casos se presentó algún tipo de complicación (45,8%), siendo la más frecuente el seroma (23,6%); otras son: infección (13,9%), sangrado (11,1%), hematoma (6,9%) que requirieron transfusión (6,9%), necrosis piel (6,9%) y necrosis del ombligo (4,2%). Se reintervinieron 8 pacientes (11,1%). b) Nivel de satisfacción: Grado 1 (muy satisfecho): 51,4%. Grado 2 (satisfecho): 31,9%. Grado 3 (insatisfecho): 8,3%. Grado 4 (muy insatisfecho): 8,3%. c) En cuanto al estudio comparativo entre pacientes con o sin complicaciones, los grupos son homogéneos para variables demográficas y estado pre y posquirúrgico, se encuentra una relación significativa en el aumento de estancia media y mayor tasa de reintervención, y por tanto menor grado de satisfacción ($p < 0,001$).

Conclusiones: Las complicaciones postoperatorias son frecuentes y, además, alargan la estancia media. En nuestro estudio no hemos identificado factores de riesgo para prevenir este tipo de complicaciones. El grado de insatisfacción está relacionado fundamentalmente con las complicaciones postoperatorias del procedimiento quirúrgico y no, curiosamente, con el resultado estético del mismo. A pesar de la elevada tasa de complicaciones, la cirugía reconstructiva debe ser incluida en el tratamiento continuo de pacientes sometidos a cirugía de la obesidad mórbida.

O-003. TRASTORNOS FUNCIONALES ESOFÁGICOS EN LOS PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS

J. Martín-Pérez, I. Arteaga-González, A. Martín-Malagón, H. Díaz-Luis y A. Carrillo-Pallarés

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es conocer la incidencia real de los trastornos funcionales del esófago en los pacientes obesos mórbidos.

Material y métodos: Entre enero de 2010 y abril de 2011 realizamos manometría y pHmetría a cuarenta pacientes pendientes de ser intervenidos por obesidad patológica en nuestro Centro. Recogimos prospectivamente las variables clínicas, endoscópicas, pHmétricas y manométricas de los pacientes para su posterior análisis estadístico.

Resultados: El 65% de los pacientes estudiados (N = 26) presentaban una manometría preoperatoria patológica. La hipotonía del esfínter esofágico inferior (EEI) fue la alteración más frecuente (presión media del EEI: 11,8 mmHg; normal: 10-35 mmHg). El 80% de los pacientes (N = 32) presentaron una pHmetría patológica, con un índice de DeMeesters medio de 38,8 (nor-

mal < 14,72). El 20% de los enfermos (N = 8) presentaban hernia de hiato asociada en gastroscopia y un 10% (N = 4) algún grado de esofagitis.

Conclusiones: La cirugía de by-pass gástrico en Y-de-Roux (BPGYR) logra tanto la pérdida de peso a largo plazo como la resolución de la mayoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad, entre ellas la diabetes mellitus Tipo 2 (DM2). Tras el BPGYR se produce una resolución de la DM2 en torno al 80% pero si lográsemos predecir que pacientes se beneficiarían de la cirugía podríamos ampliar las indicaciones en obesos e incluso extenderlas a la DM2 de la población general.

O-006. FACTORES QUE PREDICEN LA RESOLUCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS TRAS BYPASS GÁSTRICO EN Y-DE-ROUX

R. Gonzalo González, M. Moreno Gijón, L. Solar García, M. Frunza, B. Porrero Guerrero, E. Castelo, C. García Bernardo, E. Turienzo Santos, L. Sanz Álvarez y J.J. González González

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: La cirugía de by-pass gástrico en Y-de-Roux (BPGYR) logra tanto la pérdida de peso a largo plazo como la resolución de la mayoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad, entre ellas la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Tras el BPGYR se produce una resolución de la DM2 en torno al 80% pero si lográsemos predecir que pacientes se beneficiarían de la cirugía podríamos ampliar las indicaciones en obesos e incluso extenderlas a la DM2 de la población general.

Objetivos: Evaluar los parámetros clínico-metabólicos pre y postoperatorios asociados con la mejoría o resolución de la diabetes después del BPGYR en pacientes obesos mórbidos con DM2 a corto plazo y comprobar los factores que nos predicen esta resolución.

Material y métodos: Todos los pacientes con DM2 y obesidad mórbida intervenidos de BPGYR en el Hospital Universitario Central de Asturias entre enero de 2004 y diciembre de 2009 son el objeto inicial de este estudio. El diagnóstico de DM2 se realiza en base a la glucemia plasmática basal (GPB) según los criterios establecidos por la Asociación Americana de Diabetes. La evolución de DM2 se estableció de acuerdo a tres criterios: medicación antidiabética, cifras de GPB y cifras de HbA1c, aunque se considera la medicación el parámetro fundamental. Los pacientes fueron divididos en grupos en función de la duración (≤ 5 años, 6-10 años y ≥ 10 años) y la gravedad de la DM2 (dieta, ADOs, insulina). El seguimiento se realizó en todos los pacientes al mes y 6 meses.

Resultados: 270 pacientes fueron intervenidos de BPGYR y 54 (20%) tenían DM2 y son objeto de este estudio. 41 enfermos (75,9%) eran mujeres con una edad media de 49 años (rango 25,8-60,5) y un IMC preoperatorio 47,5 kg/m² (rango 36,9-56,0). Los niveles de GPB preoperatorios fueron 166,6 mg/dL (rango 100-295) y de Hb1Ac 7,4% (rango 4,6-12,3). En el postoperatorio los niveles de GPB fueron 110,8 y 103,2 mg/dL al mes y 6 meses ($p < 0,0001$). Los niveles de HbA1c postoperatorios fueron 5,8 y 5,1% al mes y 6 meses respectivamente ($p < 0,0001$). En función de la duración de la DM2 (≤ 5 años, 6-10 años, ≥ 10 años) la resolución al mes ocurrió en el 89,7%, 31,3% y 22,2% respectivamente ($p < 0,0001$) y a los 6 meses en el 93,1%, 75% y 55,6% respectivamente ($p = 0,01$). En función de la gravedad de la DM2 (dieta, ADOs, insulina) la resolución al mes ocurrió en el 90%, 68,8% y 16,7% respectivamente ($p = 0,04$) y a los 6 meses en el 100%,

84,4% y 58,3% respectivamente ($p = 0,1$). Ni la edad, sexo, IMC preoperatorio, pérdida de peso postoperatorio y técnica quirúrgica (BPGYR corto, largo y distal) influyeron en la resolución y/o mejoría de la DM2.

Conclusiones: El BPGYR consiguió una resolución de DM2 de 61,1% y 83,3% al mes y 6 meses respectivamente. Los pacientes con menor duración de DM2 y menor necesidad de tratamiento antidiabético tienen mayores tasas de resolución de la enfermedad tras cirugía, por lo que, la intervención quirúrgica temprana puede justificarse para aumentar la probabilidad de resolución de la DM2.

O-007. GASTRECTOMÍA TUBULAR: RESULTADOS A MEDIO PLAZO

A. López de Fernández, P. Talavera, M. Conde Rodríguez, R. Santos Rancaño, Ó. Cano-Valderrama, E. Martín Antona, A. Sánchez-Pernaute y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Durante los últimos años la gastrectomía tubular (GT) es la técnica de cirugía bariátrica que más ha aumentado en cuanto al número de intervenciones que se realizan anualmente. Esta técnica surgió como una parte de cirugías más complejas, pero actualmente está aceptada su utilización como técnica bariátrica independiente y definitiva. Por esta razón, la GT ha demostrado ser una cirugía válida para diferentes tipos de pacientes, desde enfermos con obesidad no demasiado severa hasta pacientes superobesos.

Material y métodos: Se incluyeron en nuestro estudio 66 pacientes a los que se les realizó una GT entre noviembre de 2005 y noviembre de 2010. La indicación de la GT fue paciente joven con IMC menor de 45, paciente con patología asociada grave que impedía realizar otras técnicas bariátricas (por ejemplo, hepatopatía severa) y paciente superobeso mórbido como primer tiempo de otra intervención más compleja. La cirugía se realizó comenzando la sección gástrica a unos 6 cm del píloro y terminándola lateralmente al ángulo de Hiss. El calibre del tutor gástrico utilizado varió según las características de los pacientes. La edad e IMC preoperatorio medios fueron de 40 años (16-71) y 51,1 Kg/m² (32-75,5) respectivamente. El 42,4% de los pacientes eran hipertensos, el 21,2% diabéticos y el 33,3% padecían SAOS. El abordaje fue laparoscópico en 59 pacientes y mediante incisión única en los otros 7. Analizamos las complicaciones postoperatorias y la evolución ponderal de nuestros pacientes.

Resultados: 18 pacientes (27,3% del total) presentaron complicaciones durante la estancia hospitalaria. De ellos dos tuvieron que ser reintervenidos por fístula gástrica y uno por hemorragia intrabdominal. No hubo ningún caso de mortalidad postoperatoria. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 6 días (4-135). El porcentaje de exceso de peso perdido (PEPP) medio, en los pacientes que no fueron sometidos a una segunda intervención de cirugía bariátrica, fue del 68,1% ($\pm 30,8$) con un seguimiento medio de 17,3 meses (5-48). 17 pacientes (25,8%) requirieron una segunda intervención por pérdida insuficiente de peso. En 13 de ellos se realizó una derivación biliopancreática y en 4 un bypass gástrico. Si analizamos la pérdida de peso según el IMC preoperatorio vemos que el PEPP de los pacientes con un IMC < 50 fue de 71,6% ($\pm 34,5$), mientras que en los pacientes superobesos.

Conclusiones: La GT es una técnica que consigue en obesos mórbidos un PEPP medio de 58,7% (p NS), buena pérdida de peso a medio plazo, con un PEPP de un 68,1%. Sin embargo, la pérdida de peso fue mayor en los pacientes no superobesos

mórbidos, aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística.

O-008. EXPERIENCIA EN CIRUGÍA DE REVISIÓN BARIÁTRICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO. INDICACIONES, RESULTADOS Y MORBILIDAD

E. Martín-Antona, Ó. Cano-Valderrama, M.I. Domínguez Serrano, C. Ferrigni González, P. Talavera Eguizábal, E. Martín García-Almenta, A. Sánchez-Pernaute y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Dentro de la cirugía bariátrica, la cirugía de revisión supone un desafío en cuanto a indicación y técnica quirúrgica dadas las múltiples causas de fracaso de la intervención previa y los problemas que acarrear. La indicación de este tipo de intervenciones debe ser selectiva y realizada por equipos expertos.

Objetivos: Analizar los resultados de una serie histórica de pacientes sometidos a cirugía de revisión bariátrica en un centro con alto volumen y experiencia en el tratamiento de la obesidad mórbida.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo sobre las cirugías de revisión bariátrica (CRB) realizadas en nuestro servicio desde 1994. Se intervinieron 29 pacientes. Se recogieron las técnicas realizadas en primer lugar y las CRB, las indicaciones, variaciones ponderales y de IMC previas a las intervenciones y durante el seguimiento, así como la morbilidad. Se utilizó el programa SPSS versión 15.0 para la recogida y análisis de datos.

Resultados: De nuestra serie de pacientes el 5,74% fueron CRB. El 79,3% fueron mujeres. La edad media fue 45 años (19-67). La comorbilidad fue HTA (24,1%), artropatía (13,8%), DM (10,3%), SAOS (3,4%) y ERGE (3,4%). En cuanto a las indicaciones de CRB: presentaron reganancia de peso el 44,8%, mala tolerancia y vómitos el 27,5%, pérdida de peso insuficiente el 20,7%, desnutrición el 6,8%, neumonías de repetición, ERGE con HDA, síndrome de dumping, DM con mal control, dolor abdominal y esteatorrea severa el 3,4% cada uno de ellos, respectivamente. El 38% presentó más de una causa. La intervención inicial fue GVA en 18 casos (5 de ellos, reconvertidos a Salmon), 5 Torres-Oca, 2 Scopinaro, 3 Lap-band y 1 bypass gástrico. Las CRB realizadas fueron: 12 cruces duodenales, 8 Scopinaro, 2 SADI-s, 2 bypass, 4 alargamientos de asa, 1 retirada de banda. El abordaje fue laparoscópico en 4 casos. El tiempo medio transcurrido entre la primera intervención y la CRB fue de 90,3 meses. La pérdida de exceso de peso porcentual (PEPP) media entre la primera cirugía y la CRB fue de 49%, y llegó al 78,8% 1 año tras la CRB. El 37,9% de los pacientes presentaron morbilidad, siendo la más frecuente la infección de la herida quirúrgica en 6 casos. 4 pacientes (13,6%) precisaron reintervención en el postoperatorio (1 fístula, 1 hemorragia, 1 absceso intraabdominal y 1 evisceración). No hubo éxitos.

Conclusiones: Las distintas indicaciones de cirugía de revisión bariátrica conllevan procedimientos técnicos complejos, con resultados ponderales dispares y no fácilmente predecibles. Conlleva una morbilidad no desdeñable, por lo que debe ser indicada y realizada en centros con gran experiencia en cirugía bariátrica. El abordaje laparoscópico es factible, siempre teniendo en cuenta la mayor exigencia y riesgo perioperatorio de estos procedimientos.

O-009. REVISIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS (2003-2010) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ

M.Á. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, M. Alba Valmorisco, M.C. Bazán Hinojo, D. Pérez Gomar, M. López Zurera, A. Bengoechea Trujillo, A. Gil-Olarte Pérez y J.M. Vázquez Gallego

Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: La obesidad es una patología emergente, que afecta a un tercio de la población mundial. Así mismo se trata de una enfermedad crónica multifactorial asociada al incremento de riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular. Los pacientes obesos mórbidos presentan un incremento de la mortalidad. Por todo ello es importante su tratamiento, siendo uno de los pilares, la cirugía y mas hoy en día con el empleo de abordajes mínimamente invasivos. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz durante los últimos 7 años.

Material y métodos: Durante un periodo de 7 años (enero 2003 a diciembre 2010), se han intervenido 220 pacientes de obesidad mórbida en nuestro hospital. Todos los pacientes cumplen el protocolo establecido por la comisión multidisciplinar de nuestro hospital, formada por endocrinos, cirujanos, anestesiólogos, digestivos, cirujanos plásticos y psiquiatras. De ellos 169 (77%) fueron mujeres y 51 (23%) hombres, con edad media de 37 años (rango 20-60 años), y un IMC medio de 51,8 Kg/m² (rango 36-74 Kg/m²). De todos los pacientes 5 presentaban obesidad (II), 66 obesidad mórbida (III), 106 obesidad súper mórbida (IV) y 33 pacientes presentaban mega-obesidad (V). Al 86% (190 pacientes) se les realizó un abordaje laparotómico, mientras que al 14% (30 pacientes) se le ha realizado un abordaje laparoscópico, siendo esta vía de abordaje la más utilizada en el último año (28 pacientes en 2010). En cuanto a la técnica quirúrgica, la mayoría fueron bypass gástrico distal (107), seguidos del bypass gástrico Wittgrove (85), by pass gástrico de única anastomosis, BAGUA (24 casos) y por último la gastrectomía tubular o manga (4 casos).

Resultados: No hubo complicaciones precoces en el 85% de los pacientes, de estas, un 9% presentó infección de herida quirúrgica, 4% fiebre sin foco y un 2% dehiscencia de sutura. En cuanto a las complicaciones quirúrgicas tardías, un 76% no presentó complicaciones, un 16% eventración y un 7% estenosis de la anastomosis que se resolvieron mediante dilataciones endoscópicas. En cuanto a la calidad de vida medida por la escala BAROS, un 15% la valoraron como excelente, un 48% Muy bueno, 31% bueno un 4% regular y un 2% fallo. A los 2 años la reducción del peso fue del 81,36 ± 12,69, del IMC del 30,67 ± 4,70. El % de exceso de peso (PSP) fue del 71,50 ± 14,89 y el % de reducción del IMC de 44,13 ± 12,55. En cuanto a las comorbilidades más frecuentes, la hipertensión se resolvió en un 94,4% de los pacientes, la dislipemia en el 100% y la Diabetes mellitas en el 92,85%.

Conclusiones: La Obesidad es una patología crónica multifactorial que presenta una incidencia creciente a nivel mundial. La cirugía bariátrica y sobre todo el bypass gástrico se muestra como el tratamiento de elección en pacientes con IMC elevado y comorbilidades. Los resultados obtenidos son buenos, en cuanto a mejora de comorbilidades y satisfacción de los pacientes, por lo que pensamos que este hecho y la introducción de los abordajes mínimamente invasivos van a favorecer un incremento de su práctica. A pesar de ello se deben individualizar las indicaciones y el seguimiento de los pacientes debe ser realizado por un equipo multidisciplinar.

O-175. BYPASS GÁSTRICO FRENTE A GASTRECTOMÍA TUBULAR EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD PATOLÓGICA

D. Rodríguez-González, I.J. Arteaga-González, A.I. Martín-Malagón, H. Díaz-Luis, L. González-Sánchez y Á.L. Carrillo-Pallarés

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue comparar los resultados obtenidos a corto plazo con la gastroplastia tubular (GT) frente al bypass gástrico (BG) en el tratamiento de la obesidad patológica.

Métodos: Entre septiembre de 2006 y 2010, fueron intervenidos 100 pacientes por obesidad patológica en nuestro Centro. Se les realizó gastroplastia tubular (GT, N = 50) o bypass gástrico (BG, N = 50), dependiendo del cirujano que intervenía al paciente. Se recogieron prospectivamente las variables clínicas para su posterior análisis estadístico.

Resultados: Los grupos fueron comparables en edad, sexo, comorbilidades e IMC preoperatorio. El tiempo quirúrgico fue menor en los pacientes con GT (150 vs 210 min, $p < 0,05$). No hubo diferencias en la estancia hospitalaria (GT/BG: 6,8 vs 5,2 días), tasa de conversión y complicaciones postoperatorias precoces (GT/BG: 14% vs 12%). El porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) en el primer año tras cirugía, fue mayor en el grupo de bypass gástrico (73% vs 63%). El porcentaje de pacientes con un PSp $< 50\%$ al año, fue mayor con la GT (32% vs 2%, $p < 0,05$). La complicación tardía más frecuente con el BG fue la estenosis de la gastroyunostomía (4%) mientras que con la GT fue la reganancia de peso (32%).

Conclusiones: La GT y el BG mostraron resultados perioperatorios similares durante la fase de implementación de la técnica. El porcentaje de pacientes que fallaron en la pérdida de peso con la GT fue mayor que con el BG al primer año de seguimiento.

O-176. CIRUGÍA BARIÁTRICA: BY-PASS GÁSTRICO VS GASTRECTOMÍA TUBULAR. RESULTADOS A CORTO PLAZO

M.I. Navarro García, R. González-Costea, M.D. Balsalobre Salmerón, N. Torregrosa Pérez, M.A. García López, E. Romera Barba, J.A. García Marcilla y J.L. Vázquez Rojas

Complejo Universitario de Cartagena, Cartagena.

Introducción: La cirugía bariátrica está en continuo progreso, siendo muchas las técnicas quirúrgicas descritas. Los resultados de las diferentes técnicas están variando a lo largo del tiempo. Es conocido, que el by-pass gástrico tiene buenos resultados en más del 70% de los pacientes, pero muchos autores se plan-

tean la utilidad de la gastrectomía tubular. Nuestro objetivo es comparar la utilidad del by-pass gástrico (BG) vs la gastrectomía tubular (GT), a corto plazo, en el tratamiento de la obesidad mórbida.

Material y métodos: Se realiza un estudio prospectivo durante un periodo de dos años. Se comparan dos técnicas quirúrgicas de cirugía bariátrica: gastrectomía tubular y by-pass gástrico. Se intervinieron 105 pacientes: 45 GT y 60 BG. De ellos 80 (30 GT y 50 BG) completaron 1 año de seguimiento. Los parámetros analizados fueron: datos demográficos, IMC, tiempo operatorio, tasas de morbimortalidad, % EPP a 1, 6, 12 y 18 meses y evolución de comorbilidades asociadas.

Resultados: Las características de ambos grupos eran similares. Completaron el seguimiento a los 12 meses de la intervención el 66,7% de las GT y el 83,3% de los BG. Como se observa en la tabla 2, no existen diferencias al comparar ambas técnicas con respecto al %EPP a lo largo del tiempo. Ambas técnicas quirúrgicas consiguen resolución importante de las comorbilidades asociadas, a partir de los 12 meses de la cirugía. El tiempo medio de la cirugía fue de 67,85 minutos (rango 40-150) y de 123,56 minutos (rango 70-240), para la GT y el BG respectivamente. La tasa de conversión fue del 2,8% (4,4% vs 1,7%, GT vs BG). La tasa de mortalidad fue de 1% (un paciente con GT). La tasa de morbilidad fue de 11,2% en el grupo de GT, presentando 5 complicaciones precoces (2 hemoperitoneo, 1 fístula precoz, 1 infección herida quirúrgica, 1 TEP); así mismo esta tasa fue de 8,4% en el grupo de BG, apareciendo 5 complicaciones precoces (2 HDA, 2 infección herida quirúrgica, 1 TEP); no encontrando diferencias significativas entre ambas técnicas con respecto a la morbilidad.

Conclusiones: La gastrectomía tubular es comparable al by-pass gástrico, a corto plazo, en cuanto a la %EPP y resolución de comorbilidades asociadas. Las tasas de morbilidad, son similares en ambas técnicas, 11,2% (GT) vs 8,4% (BG). El tiempo medio operatorio del BG es mayor que la GT, sin añadir morbi-mortalidad precozmente.

O-177. FÍSTULA POSTTUBULIZACIÓN GÁSTRICA EN OBESIDAD MÓRBIDA: ETIOLOGÍA, MOMENTO DE APARICIÓN Y MANEJO

E. Cugat Andorrá y C. Marco Molina

Hospital Mutua de Terrasa, Terrasa.

Introducción: La tubulización gástrica es una técnica que se ha estandarizado y generalizado para el tratamiento de la obesidad mórbida. La complicación más temida es la fístula del reservorio gástrico que puede comportar una morbi-mortalidad importante.

Objetivos: Analizar las posibles etiologías, momento de aparición y cuál debe ser el manejo de una fístula posgastrectomía tubular en obesidad mórbida.

| Variable | Gastrectomía tubular GT (n = 45) | By-pass gástrico BG (n = 60) | Significación estadística |
|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Edad (media y rango) | 46,2 (24-66) | 37,6 (19-55) | 0,0001 |
| Sexo (hombres/mujeres) | 18/27 | 15/45 | 0,137 |
| Peso inicial (media y rango) | 124,9 (92-167) | 123,2 (85-202) | 0,342 |
| IMC inicial (media y rango) | 47,3 (37-61) | 45,8 (35-59) | 0,0838 |

| Variable | Gastrectomía tubular GT | By-pass gástrico BG | Significación estadística |
|---------------|-------------------------|---------------------|---------------------------|
| Peso inicial | 124,9 (92-167) | 123,2 (85-202) | 0,342 |
| Peso ideal | 60,4 (45-74) | 61,65 (50-78) | 0,196 |
| %EPP 1 mes | 34,54 (19-44) | 38,37 (14-56) | 0,196 |
| %EPP 6 meses | 56,75 (20-92) | 63,5 (40-86) | 0,069 |
| %EPP 12 meses | 67,33 (43-100) | 75,34 (26-100) | 0,051 |
| %EPP 18 meses | 70 (44-100) | 77,34 (41-100) | 0,069 |

Material y métodos: Desde 2004 a 2010 se han realizado 500 cirugías por obesidad mórbida de las cuales en 195 casos se realizó una tubulización gástrica por vía laparoscópica. En todos los casos se realizó una resección gástrica tutorizada mediante una sonda de 34 Fr, con sutura mecánica, y se reforzó con una continua de material irreabsorbible. Se inició la gastrectomía a unos 5 cm del píloro y se finalizó a nivel del ángulo de Hiss, cerca del esófago.

Resultados: 6 pacientes presentaron una fístula del muñón gástrico, lo que representa un 3% de la serie. En todos los casos, el origen de la fístula fue el reservorio gástrico a nivel de la unión esofagogástrica. En 2 casos, la fístula se manifestó de forma precoz (< 72 horas) y en 4 casos de forma tardía (> 7 días). Precoces: en los dos casos, la sintomatología fue a las 48 horas con un cuadro de abdomen agudo y los 2 casos fueron reintervenidos apreciándose desgarro de la sutura a nivel del ángulo de Hiss realizándose una nueva sutura y colocación de drenaje. En ambos casos apareció una fístula en el postoperatorio de la reintervención que se trató de forma conservadora, resolviéndose al mes en el primero y a los dos meses en el segundo caso. Tardíos: en los 4 casos apareció un síndrome febril y en 3 el TAC apreció aire alrededor del tubo gástrico yuxtacardial subdiafragmático izquierdo sin líquido libre, y en uno de ellos se añadió un bloque neumónico izquierdo. Dos casos fueron tratados médicamente resolviendo el cuadro y en el tercero se intentó colocar una prótesis esofágica, apareciendo posteriormente cuadro de deterioro general, distrés respiratorio y fallo multiorgánico, realizándose dos reintervenciones quirúrgicas para drenajes siendo la paciente exitus al mes de la primera intervención. El cuarto caso el TAC demostró un empiema importante que requirió drenaje torácico, reintervención y sutura de la perforación, presentando la paciente un curso tórpido pero con buena evolución y resolución del cuadro, resolviéndose la fístula a los 2 meses de la primera intervención.

Conclusiones: La fístula posgastrectomía tubular en la obesidad mórbida aparece a nivel de la unión esofagogástrica yuxtacardial. Se sugiere que la sutura de la gastrectomía tubular debería alejarse algo del esófago para evitar dicha complicación precoz por desgarro. La etiología y tratamiento va a depender del momento de la aparición de la fístula. En las fístulas precoces, el tratamiento debe ser quirúrgico, para drenaje de la misma e intento de resolución quirúrgica. En las fístulas tardías, el tratamiento médico conservador puede ser una alternativa adecuada si no existe un cuadro séptico general. El papel de las prótesis en el momento agudo se sugiere que no aportan nada y pueden complicar el cuadro clínico inicial.

O-178. PLICATURA GÁSTRICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON CIRUGÍA BARIÁTRICA PREVIA Y RECUPERACIÓN DE PESO. RESULTADOS INICIALES

E. Cugat Andorrá¹, C. Marco Molina² e I. Ornaque¹

¹Centro Médico Teknon, Barcelona; ²Hospital Mutua de Terrasa, Terrasa.

Introducción: La recuperación ponderal o la pérdida insuficiente de peso tras cirugía bariátrica no es infrecuente independientemente de la técnica utilizada. Si se ha realizado un cruce duodenal o una gastroplastia tubular las alternativas quirúrgicas son: aumentar/crear el componente mal absorbitivo (con lo que ello comporta) o el restrictivo. La regastrectomía vertical aumenta la restricción pero está gravada con alto porcentaje de fístula. La plicatura gástrica ha demostrado clínica y experimentalmente su eficacia para la pérdida de peso inicial.

Objetivos: Valorar la eficacia de la retubulización gástrica por laparoscopia mediante la plicatura en los pacientes sometidos a

un cruce duodenal o a una gastroplastia tubular en la que existe recuperación o pérdida insuficiente de peso y existe un tubo gástrico reductible. Se analiza la pérdida de peso inicial y las complicaciones de la técnica.

Material y métodos: Entre 2004 y 2011 hemos intervenido 530 pacientes por obesidad (300 cruce duodenal y 216 gastroplastia tubular y 14 otras técnicas). En 4 casos hemos realizado retubulización gástrica por plicatura en los últimos 6 meses. En todos los pacientes un TEGD demostraba una remane gástrico reductible. Se practicó la plicatura gástrica por laparoscopia con dos suturas continuas irreabsorbibles tutorizadas con una sonda de 34 FR. Caso 1: mujer de 67 años con: HTA. Cardiopatía hipertensiva. Hiperuricemia. Síndrome metabólico. Obesidad 111 kg/1,65 (IMC 42). Cruce duodenal por laparotomía en junio 2007. Máxima pérdida de peso (4/09) 91 Kg que recupera hasta 98 Kg (IMC 36). Dos ingresos por insuficiencia cardiaca. Plicatura gástrica por laparoscopia (11/10). Peso actual 83 Kg (IMC 30). Pérdida 15 Kg en 5 meses. Importante mejoría de su estado de salud. Malabsorción no agravada. Caso 2: hombre de 45 años. Obesidad sin comorbilidades 160 kg/1,74 (IMC 53). Gastroplastia tubular por laparoscopia en 2008. Máxima pérdida 110 kg (IMC 36). Recupera hasta 135 Kg (IMC 44). Plicatura gástrica por laparoscopia (1/11). Peso actual 105 Kg (IMC 34). Pérdida 30 Kg en 4 meses. Caso 3: mujer de 42 años. Obesidad sin comorbilidades 106 kg/1,69 (IMC 37). Cruce duodenal por laparotomía en junio 06. Máxima pérdida 79 (IMC 27). Recupera hasta 88 Kg (IMC 30). Plicatura gástrica por laparoscopia (3/11). Peso actual 83. Pérdida 5 Kg en 1 mes. Caso 4: mujer de 42 años. Obesidad sin comorbilidades 101 kg/1,62 (IMC 39). Gastroplastia tubular por laparoscopia en mayo de 2007. Máxima pérdida 77 kg (IMC 29). Recupera hasta 89 Kg. Se considera con la paciente como pérdida insuficiente. Se realiza plicatura gástrica por laparoscopia (3/11). Pérdida 3 kg en 0,5 mes. No existió ninguna complicación y todos los pacientes fueron dados de alta a las 48 horas con dieta líquida.

Conclusiones: Aunque a corto plazo, la plicatura gástrica por vía laparoscópica es un técnica segura y factible en los pacientes sometidos a cruce duodenal y gastroplastia tubular incluso por vía laparotómica y ofrece a corto plazo resultados prometedores en cuanto a pérdida de peso. Se sugiere que dada su nula morbi-mortalidad debería considerarse ante una recuperación de peso con estómago potencialmente reductible.

O-179. TASA DE SANGRADO CON EL USO DEL SEAMGUARD EN EL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO. ESTUDIO COMPARATIVO PROSPECTIVO DE 58 PACIENTES

S. Morales-Conde¹, G. Sciannone², M. Socas¹, A. Barranco¹, S. García¹, J. Cañete¹, D. Bernal¹, C. Méndez¹, H. Cadet¹ y J. Padillo¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ²Ospedale Universitario S. Orsola Malpighi, Bologna, Italia.

Introducción: El by-pass gástrico laparoscópico es una de las intervenciones más frecuentes en cirugía bariátrica. El sangrado intraoperatorio de la línea de sutura y la hemorragia gastrointestinal postoperatoria son las complicaciones más comunes publicadas en la literatura. El refuerzo de la línea de grapas se ha introducido recientemente en el by-pass gástrico laparoscópico y parece reducir la tasa de fugas y sangrado, además del tiempo operatorio.

Material y métodos: De febrero 2008 a abril 2009, 58 pacientes con obesidad mórbida fueron sometidos a by-pass gástrico laparoscópico y se incluyeron en este estudio. Los pacientes fueron asignados de forma prospectiva a dos grupos (de 29 pacientes cada uno). En el grupo A no se utilizó el refuerzo de línea de gra-

pas (SeamGuard-WL Gore & Associates, Flagstaff, AZ), mientras que en el grupo B el reservorio gástrico se realizó con este material. Se colocó un drenaje abdominal cerca de la anastomosis gastroyunal, midiendo el aspecto y cantidad del material drenado durante los tres primeros días del postoperatorio.

Resultados: Los grupos fueron homogéneos con respecto al género, edad y IMC. No hubo mortalidad perioperatoria ni postoperatoria. No fue necesaria ninguna conversión a laparotomía. Dos pacientes del grupo A necesitaron transfusión sanguínea (uno por hemorragia intraluminal -que necesitó una inyección de adrenalina endoscópica- y el otro por hemorragia intraperitoneal detectado por el drenaje), sin detectarse ningún sangrado a través de los drenajes en el grupo B. No se detectó ninguna fuga de anastomosis en ninguno de los grupos. La cantidad total de débito temático fue estadísticamente mayor en el grupo A ($p < 0,05$). No hubo diferencia significativa por lo que se refiere a la cantidad total de drenaje serohemático.

Conclusiones: Este estudio demuestra que el refuerzo bioabsorbible SeamGuard en el by-pass gástrico laparoscópico es seguro y efectivo y reduce estadísticamente la tasa de sangrado postoperatorio. No se descubrieron eventos adversos relacionados con el uso de este material. Hoy en día, por esta razón, realizamos el by-pass gástrico laparoscópico utilizando el drenaje abdominal de forma anecdótica y selectiva.

O-180. TAMAÑO RESERVORIO GÁSTRICO TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA POR PUERTO ÚNICO FRENTE A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA CONVENCIONAL: ANÁLISIS PROSPECTIVO

M. Socas Macias, I. Alarcón del Agua, S. Morales-Conde, A. Barranco Moreno, A. Muñoz, S. García, D. Bernal, C. Méndez, G. Ciannamea, H. Cadet y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La cirugía laparoscópica por una sola incisión (puerto único) se ha descrito como un abordaje seguro y efectivo para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Las ventajas de esta nueva técnica incluyen mejores resultados cosméticos evitando la necesidad de colocar los 4-7 trócares usados habitualmente en cirugía bariátrica y las potenciales complicaciones de los mismos. Entre las intervenciones descritas por puerto único a través del ombligo se encuentran la banda gástrica, el by pass gástrico y la gastrectomía tubular. Los principales inconvenientes de esta técnica son la limitación de la movilidad entre los instrumentos y la óptica y la falta de triangulación. El objetivo de nuestro estudio es evaluar si estas diferencias con el abordaje por puerto único influye en el tamaño de reservorio en el by pass gástrico y la gastrectomía tubular frente a la laparoscopia convencional.

Métodos: Se incluyen en el estudio aquellos pacientes sometidos a cirugía bariátrica en dos grupos según la vía de abordaje: laparoscopia convencional o puerto único. Se realiza un estudio gastroduodenal baritado a las 4 semanas de la cirugía en todos los pacientes con proyecciones antero posteriores y laterales cuyos resultados son analizados por un radiólogo independiente que desconoce la técnica quirúrgica y el abordaje empleado en cada paciente. Se obtienen datos en cuanto a forma del reservorio y volumen del mismo comparando entre si los dos abordajes en el by pass gástrico y en la gastrectomía tubular.

Resultados: Un total de 20 pacientes se incluyen en el estudio. 10 gastrectomías tubulares; 5 por laparoscopia convencional (edad media 47 años e IMC medio 50,78) y 5 por puerto único (edad media 40,4 años e IMC medio 43,72), y 10 by pass gástricos; 5 por laparoscopia convencional (edad media de 40,6 e IMC medio de 46,6) y 5 por puerto único (edad media 42,5 e IMC medio 47,4). En el grupo de by pass gástrico la medición del reservo-

rio gástrico (altura \times anchura \times longitud) demuestra un volumen medio de 29,9 cc en el grupo de puerto único frente a 47,7 cc en el grupo de laparoscopia. El volumen de la gastrectomía tubular (área de la base \times altura) en el grupo de puerto único es de 111,72 cc frente a 57,98 cc en el grupo de laparoscopia convencional.

Conclusiones: El volumen del reservorio gástrico con el uso del abordaje laparoscópico por puerto único parece ser menor que en el abordaje convencional tanto en el by pass como en la gastrectomía tubular. Nuevos estudios prospectivos aleatorizados deben ser desarrollados para comprobar los resultados de nuestra corta serie.

O-181. EFECTOS DE LA GASTRECTOMÍA LINEAL EN RELACIÓN A LA ESTEATOSIS HEPÁTICA Y LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI: RESULTADOS PRELIMINARES

A. Cabrera Vilanova¹, F. Sabench Pereferrer², M. Vives Espelta¹, M. Hernández González¹, S. Blanco Blasco¹, A. Sánchez Marín¹, L. Piñana Campón¹ y D. del Castillo Déjardin¹

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

Introducción: La gastrectomía lineal por laparoscopia representa un buen tratamiento de la obesidad mórbida severa ya no sólo por sus resultados ponderales sino también metabólicos. Técnicamente es más factible en pacientes con hepatomegalias importantes, riesgo quirúrgico elevado o dificultades anatómicas sobreañadidas. La esteatosis hepática que suele acompañar a estos pacientes suele ser de grado elevado y su evolución en relación a la evolución postoperatoria de los parámetros metabólicos sigue siendo motivo de estudio. También en los últimos años, varios trabajos han estudiado la prevalencia de infección por *H. pylori* en pacientes obesos. Su relación con la pérdida de peso posterior y la mejoría metabólica no está estudiada suficientemente. El objetivo del trabajo es identificar el grado de afectación hepática antes y después de una gastrectomía lineal, valorar los cambios metabólicos producidos y determinar la prevalencia de *H. pylori* en nuestra muestra en relación con dichos cambios.

Material y métodos: 65 pacientes obesos mórbidos intervenidos en los últimos 24 meses (inicio abril 2009), y que de forma intraoperatoria se realiza biopsia hepática para determinar el grado de esteatosis según escala de Brunt. Preoperatoriamente se realiza fibrogastrosocopia con toma de biopsia antral para determinar la presencia de *H. pylori* y proceder a su tratamiento si se precisa. A los 18 meses del postoperatorio se realiza biopsia hepática percutánea guiada por TAC.

Resultados: Existe una mejoría estadísticamente significativa de los parámetros analíticos al año de la intervención (glucosa, Hb glicosilada, LDL, colesterol total y triglicéridos). La distribución de la esteatosis hepática intraoperatoria es: 46,4% grado I, 21,5% grado II y 20,1% grado III. Un 12,3% presentaba biopsia hepática normal. A los 18 meses de la intervención, con el 20% de las segundas biopsias realizadas, un 61,5% mejora el grado de esteatosis, un 30% mantiene el grado y un solo paciente empeora el grado de esteatosis. 2 pacientes normalizan la anatomía patológica (15,3% de las biopsias realizadas por el momento). Paradójicamente, no se observan cambios significativos con las GOT antes y después de la cirugía. Los pacientes con esteatosis más severa son aquellos que presentan una pérdida de exceso de peso perdido mayor de forma significativa ($p < 0,001$). Un 22% de la muestra es positiva para *H. pylori*, no observándose diferencias entre sexos ni relación con la pérdida de peso postquirúrgica. Por el momento no existe relación con la distribu-

ción de la esteatosis hepática ni los parámetros analíticos. Se está en proceso de reclutamiento de los pacientes para la segunda biopsia hepática.

Conclusiones: La gastrectomía lineal produce una mejoría significativa de los parámetros metabólicos y de la esteatosis hepática, más relacionada con la mejoría metabólica y ponderal que con los propios parámetros hepáticos. La finalización de las biopsias proporcionarán los datos finales del estudio. La prevalencia de *H. pylori* se encuentra en los límites bajos del rango aceptado para este tipo de pacientes, aunque la mayoría de estudios determinan un aumento de la prevalencia respecto a una población sana. Su presencia no comporta una menor pérdida de peso en nuestros pacientes intervenidos. Más estudios se hacen necesarios en esta dirección para relacionar estos parámetros con modificaciones hormonales.

O-182. HEMORRAGIA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA: ANÁLISIS TRAS MÁS DE 500 INTERVENCIONES

O. Cano-Valderrama, R. Santos Rancaño, M. Conde Rodríguez, A. López de Fernández, E. Martín García-Almenta, A. García Botella, A. Sánchez-Permaute y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La hemorragia postoperatoria es una de las complicaciones más temidas tras la cirugía bariátrica. El origen de la misma puede ser diverso, desde un sangrado intraperitoneal hasta una hemorragia digestiva en la anastomosis. El objetivo de nuestro estudio es analizar las causas de hemorragia en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en nuestro centro.

Material y métodos: Se incluyeron en este estudio 538 pacientes operados por obesidad mórbida entre junio de 2000 y abril de 2011. 387 (71,9%) de los pacientes eran mujeres, la edad media de la población fue de 44,3 (\pm 12,2) años con un IMC preoperatorio de 46,7 (\pm 8,2). El 29,6% de los pacientes eran diabéticos y el 46,5% sufrían HTA. La técnica realizada fue una DBP en el 46,3% de los pacientes, un bypass gástrico en el 38,5% y una Ggastrectomía vertical en el 13,7%. El 78% de los pacientes fueron intervenidos mediante un abordaje laparoscópico. Analizamos la incidencia de hemorragia postoperatoria en estos pacientes, así como el origen de la misma.

Resultados: Se produjo un sangrado postoperatorio en 18 pacientes (3,3%). La hemorragia fue de origen intraperitoneal en 10 pacientes, digestivo en 7 y una hemorragia de un trócar en un enfermo. 8 de los pacientes con una hemorragia intraperitoneal fueron tratados quirúrgicamente, mientras que todos los demás se manejaron conservadoramente. De los pacientes que fueron reintervenidos, la causa de la hemorragia fue una línea de sutura en cuatro pacientes, la anastomosis en uno, el epiplón mayor en otro y no se evidenció la causa del sangrado en los dos restantes. Cuatro de los enfermos reintervenidos por sangrado intraperitoneal (50%) presentaron una fístula postoperatoria. El primero fue el paciente que presentaba sangrado de la anastomosis, y la fístula se diagnosticó en el mismo acto quirúrgico. Los otros tres eran pacientes con sangrado en la línea de sutura y fueron diagnosticados de la fístula tras ser reintervenidos a los pocos días de la segunda cirugía. La estancia postoperatoria fue mayor en los enfermos que sufrieron algún tipo de hemorragia postoperatoria (18,5 vs 12,1 días), sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas (p NS). El porcentaje de hemorragia fue mayor en los pacientes diabéticos (6,3% vs 2,1%, p 0,01). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad, sexo, IMC preoperatorio, EWLP, antecedentes de cirugía bariátrica ni técnica quirúrgica realizada. Uno de los pacientes con hemorragia intraperitoneal falleció, lo que implica una mortalidad del 5,6% en todos los enfermos con hemorragia y del 12,5% en

los pacientes con hemorragia intraperitoneal que requirieron reintervención. Esta mortalidad fue significativamente mayor que la de los pacientes que no sufrieron esta sangrado (0,8%, p < 0,05).

Conclusiones: La hemorragia postoperatoria tras cirugía bariátrica es una complicación que aumenta la mortalidad, a la vez que parece incrementar la estancia postoperatoria. Es fundamental comprobar la estanqueidad de las líneas de suturas en los pacientes que son reintervenidos por hemorragia intraperitoneal, ya que hasta un 50% presentan una fístula postoperatoria.

O-183. ¿CERRAR O NO CERRAR EL ESPACIO DE PETERSEN?

F. de la Cruz Vigo¹, J.L. de la Cruz Vigo², P. Sanz de la Morena², J.M. Canga Presa², P. Gómez Rodríguez¹, J.I. Martínez Pueyo¹, P. Yuste García¹, A. Pérez Zapata¹, C. Miñambres Cabañes¹ e I. Osorio Silla¹

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

Objetivos: El cierre de los orificios herniarios potenciales en el bypass gástrico laparoscópico es motivo de controversia entre diferentes grupos quirúrgicos. El objetivo de este trabajo es valorar la utilidad del cierre del espacio de Petersen en la prevención de la hernia interna en esta cirugía.

Material y métodos: Evaluamos una serie de 1.504 pacientes consecutivos operados por obesidad mórbida desde junio de 1999 hasta marzo de 2011, mediante bypass gástrico laparoscópico con banda. En los 276 primeros el asa alimentaria se colocó en posición retrocólica y retrogástrica (RR); en los 1.228 restantes, antecólica y antegástrica. El orificio mesocólico se cerraba con unos puntos de seda. La brecha mesentérica, siempre, con sutura irreabsorbible continua. En 839 pacientes con asa antecólica y antegástrica no se ha cerrado el espacio de Petersen (AA). El espacio de Petersen sólo se ha cerrado, desde marzo de 2008, en 389 casos (AAP). Se revisan los pacientes que han sido operados por sospecha de hernia interna.

Resultados: Se han operado con sospecha de hernia interna 19 pacientes (1,3%). En el grupo RR, 4 pacientes (1,4%), tres hernias transmesocólicas (1,1%), 2 operadas por laparoscopia y una abierta (exitus por broncoaspiración masiva); y una hernia de Petersen (0,4%) operada abierta en otro Centro (resección intestinal). En el grupo AA, 15 pacientes (1,8%), 10 hernias de Petersen (1,2%) (9 operadas por laparoscopia y una abierta en otro Centro); 1 brida (con Petersen asintomático); 1 bezoar intestinal (laparoscopia asistida); 1 invaginación intestinal (conversión y resección intestinal); y dos laparoscopias "blancas" (edema de anastomosis yeyunoyeyunal y porfiria). En el grupo AAP, hasta el momento, no se ha reintenido paciente alguno por sospecha de hernia interna. El intervalo medio para la reintervención ha sido 27 meses, con un máximo de 68. El 67% se han presentado durante los dos primeros años.

Conclusiones: En nuestra experiencia, las hernias de Petersen han sido más frecuentes tras el montaje antecólico y antegástrico, y las transmesocólicas en el retrocólico y retrogástrico. Los pacientes en los que se ha cerrado el espacio de Petersen, además de la brecha mesentérica, no han precisado reintervención por hernia interna en el período de seguimiento transcursado.

PÓSTERS

P-356. CIRUGÍA “METABÓLICA”: NUESTRA EXPERIENCIA

L. Hernández Cosido, D.N. Macías Hernández, O.A. Rozo Coronel, R. Sánchez Jiménez, A. Blanco Álvarez, A. Sánchez Rodríguez, I. Jiménez Vaquero y L.E. Ortega Martín-Corral

Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: El síndrome metabólico es la asociación de obesidad abdominal con dos enfermedades asociadas como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hipercolesterolemia. Varios estudios han demostrado que la pérdida de peso está asociada con descenso del riesgo de diabetes y de factores de riesgo cardiovasculares.

Objetivos: 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 120 pacientes obesos mórbidos sometidos a by-pass biliopancreático, y gastroplastia tubular. La edad media de los pacientes fue de 40 años (rango 17-64) de los cuales 103 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 (65,6%).

Conclusiones: Este estudio sugiere que el by-pass biliopancreático 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.

P-357. CAMBIOS EN EL PESO, ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

M. Bellver, P. Martínez, N. Pedano, J. Arredondo, V. Valentí y F. Rotellar

Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: La cirugía bariátrica es una técnica contrastada para el tratamiento de la obesidad mórbida y sus comorbilidades. Los efectos a largo plazo del bypass gástrico laparoscópico

(BPGL) sobre la disminución de peso son conocidos, si bien pocos trabajos todavía muestran los resultados según cambios en cuanto a la composición corporal. El objetivo de este trabajo es analizar en una cohorte de pacientes los cambios en la composición corporal en términos de masa libre de grasa (MLG) y masa grasa (MG) según su relación con la pérdida de peso y porcentaje de exceso de peso perdido.

Material y métodos: Estudio prospectivo con 276 pacientes intervenidos en nuestro centro entre julio de 2000 y julio de 2007. Todos los pacientes siguieron protocolo de estudio de nuestro centro para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. El seguimiento postoperatorio de los pacientes se dividió en seis intervalos (1 mes, 3 meses, 6-12 meses, 15-24 meses y 36-60 meses).

Resultados: Las características preoperatorias de los pacientes se reflejan en la tabla 1. Presentaban las siguientes comorbilidades: hipertensión arterial en 118 pacientes (42,9%), DM2 en 55 (19,9%) e intolerancia a la glucosa en 108 (39,1%). Dos pacientes fallecieron en el postoperatorio inmediato (0,7%). Un caso por fístula de la anastomosis y sepsis abdominal y otro por fallo respiratorio agudo. Se encontraron complicaciones en 58 casos (21%): fístula de la anastomosis en 1,81%, hemoperitoneo que requirió transfusión en 1,08%, sangrado gastrointestinal en 2,17%, obstrucción intestinal en 0,36%, infección de herida en 3,62%, hernia interna en 1,81% y estenosis de la anastomosis en 7,60%. En 16 casos (5,7%) fue necesaria reintervención por alguna de las complicaciones señaladas anteriormente. En la tabla 2 se muestran los cambios en el peso, composición corporal (MLG y MG) e índice de masa corporal en los periodos de estudio señalados. En la figura se muestra el estudio comparativo entre el IMC y la composición corporal a lo largo del estudio.

Conclusiones: El BPGL produce significativos cambios en el peso y composición corporal a largo plazo. Los cambios que tienen lugar tras el BPGL en cuanto a pérdida de peso y modificación de la composición corporal no transcurren de modo paralelo, ni con la misma intensidad. Así se observa una persistencia de porcentajes de grasa corporal elevados a largo plazo, a pesar de una pérdida ponderal eficaz. Estudios dirigidos a los mecanismos metabólicos pueden dar luz sobre las causas de ganancia de peso a largo plazo y su relación con la composición corporal.

Ver figuras a inicio de página siguiente.

Tabla 1. Características de los pacientes

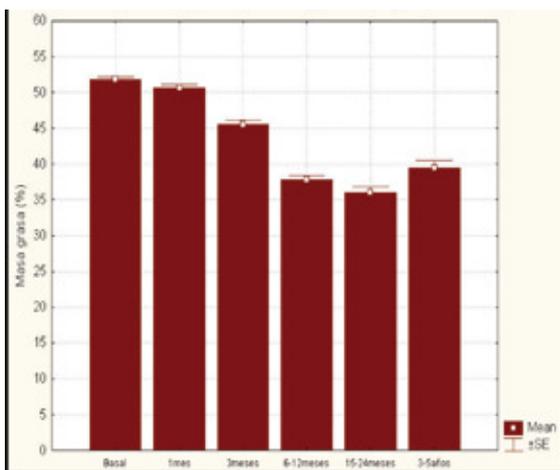
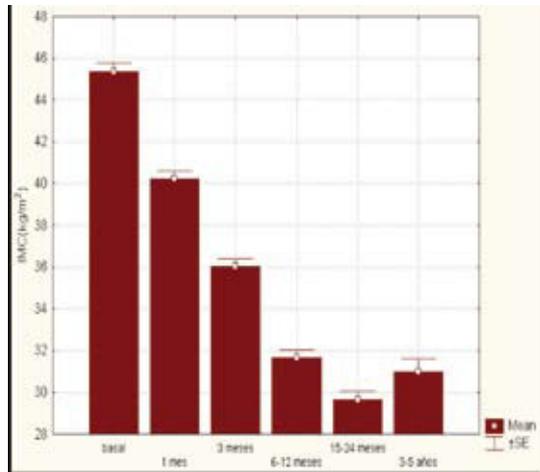
| | Femenino | Masculino | Total |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Pacientes | 203 (73,5%) | 73 (26,5%) | 276 |
| IMC (Kg/m ²) | 44 ± 6,6 | 46,9 ± 7,1 | 45,3 ± 6,8 |
| Edad | 42,6 ± 12,2 | 40,3 ± 11,0 | 41,4 ± 11,6 |
| Peso (Kg) | 115,5 ± 18,7 | 143,0 ± 23,7 | 122,9 ± 23,5 |

IMC: Índice de masa corporal.

Tabla 2. Cambios en el peso, IMC y composición corporal

| Variable | Base | 1 mes | 3 meses | 6-12 meses | 15-24 meses | 3-5 años |
|--------------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Peso (kg) | 122,9 ± 23,5 | 108,8 ± 20,9 | 97,7 ± 17,9 | 86,1 ± 16,9 | 80,8 ± 16,3 | 82,9 ± 19,2 |
| IMC (kg/m ²) | 45,3 ± 6,8 | 40,2 ± 6,2 | 36 ± 5,3 | 31,6 ± 5,0 | 29,6 ± 4,7 | 30,9 ± 5,1 |
| %EPP | | 22,2 ± 8 | 41,4 ± 10,5 | 61,6 ± 15,1 | 69,3 ± 17,2 | 63,5 ± 20,8 |
| % MG | 51,8 ± 6,1 | 50,6 ± 6,6 | 45,5 ± 7,5 | 37,8 ± 8,7 | 36,0 ± 8,5 | 39,4 ± 7,8 |
| % MLG | 48,1 ± 6,1 | 49,3 ± 6,6 | 54,3 ± 7,5 | 62,1 ± 8,6 | 64,2 ± 8,6 | 60,5 ± 7,8 |

IMC: Índice de masa corporal. EPP: Exceso de peso perdido. MG: Masa grasa. MLG: Masa libre de grasa.



P-358. EVOLUCIÓN DE COMORBILIDADES TRAS GASTRECTOMÍA TUBULAR Y BYPASS GÁSTRICO

J. Jorge, A. Paz Yáñez, A. García Navarro, M.J. Álvarez Martín, M. Segura Reyes, F. González Pérez, A. Mansilla Roselló y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar la evolución de las morbilidades asociadas a la obesidad tras gastrectomía tubular y by pass gástrico, como técnicas en cirugía bariátrica.

Material y métodos: Se analizó una base de datos prospectiva y específica de obesidad mórbida, sobre pacientes sometidos a gastrectomía tubular y by pass gástrico. Los pacientes se incluyeron según indicaciones internacionales, en el marco de un protocolo multidisciplinar implantado en nuestro centro desde el año 2004. El período de reclutamiento se estableció desde marzo de 2005 a mayo de 2008. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas en cuanto a la mejoría y resolución de la hipertensión arterial (HTA), la diabetes (DM) y el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). El seguimiento máximo fue de 6 años.

Resultados: De los 45 pacientes de la serie de gastrectomías tubulares, 15 (34%) sufrían SAOS, 12 casos (27%) padecían DM y se encontró HTA en 28 pacientes (68%). Al final del seguimiento, el SAOS alcanzó mejoría en un 20% y resolución total en un 70%; la tasa de DM mejoró en un 42% y se encontró resolución en un 57%. En cuanto a la HTA, mejoraron el 16% y se curó el 30%; no hubo cambios en un 45%. Por otro lado, se realizó By Pass gástrico en 45 pacientes, de los cuales 3 padecían SAOS, 10 eran diabé-

ticos y 17 eran hipertensos. Dos pacientes con SAOS obtuvieron resolución (66%), 7 diabéticos (70%) se curaron, y 7 pacientes resolvieron su hipertensión (41%).

Conclusiones: La tasa de comorbilidades en el grupo de la gastrectomía tubular es superior porque la indicación de la intervención se estableció en pacientes de alto riesgo quirúrgico. La cirugía bariátrica ha demostrado que mejora o resuelve las comorbilidades asociadas a la obesidad en un alto porcentaje de los casos.

P-359. COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS EN BYPASS GÁSTRICO: DIAGNÓSTICO, MANEJO Y TRATAMIENTO. NUESTRA EXPERIENCIA

R. Martínez García, S. Gómez Abril, N. Peris Tomás, R. Trullenque Juan, J.M. Richart Aznar, T. Torres Sánchez y M. Martínez Abad

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Objetivos: El bypass gástrico (BP) es una de las técnicas que ha experimentado mayor expansión en cirugía de la obesidad, pese a ello presenta una tasa de complicaciones mayores nada despreciable. La hemorragia, aunque rara (0,6-4%) ocupa un lugar preferente por la dificultad de manejo, sobretudo en el postoperatorio inmediato. Sin embargo existen múltiples puntos de sangrado potencial que se manifiestan desde el momento intraoperatorio hasta de forma tardía y que deben ser tenidos en cuenta para un correcto manejo de los pacientes.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 191 pacientes diagnosticados de obesidad mórbida e intervenidos mediante BP en el periodo comprendido entre 2001-2011 en nuestro servicio. Características de la serie: 37 varones/154 mujeres, edad media 37 años, IMC medio: $48,24 \pm 6,80$ [37,11-67,75]. Dividimos a los pacientes en los que se identificó hemorragia en 3 grupos según el momento de presentación [1. Intraoperatoria; 2. Postoperatorio inmediato (< 30 días) y 3. Seguimiento a largo plazo (> 30 días)], estudiando el origen del sangrado, la clínica, el diagnóstico y el manejo de los mismos. Se excluyen aquellos pacientes que intraoperatoriamente presentaron hemorragia autolimitada de las líneas de grapado que cedió espontáneamente o mediante medidas de hemostasia simple (coagulación/clips).

Resultados: Del total de 191 se registraron eventos hemorrágicos en 21 pacientes (10,9%). Las complicaciones hemorrágicas, divididas en los 3 grupos, la clínica y el manejo se presentan en la tabla adjunta (tabla en inicio página siguiente).

Conclusiones: En las formas tempranas de hemorragia es fundamental la alerta hacia los signos de hipovolemia, así como el uso de armas terapéuticas como la EDA con/sin esclerosis y la TAC para el diagnóstico y/o tratamiento, incluyendo la reintervención quirúrgica temprana ante el fracaso de estas. En las formas tardías de hemorragia es prioritario tener en mente patología gastro-duodenal subyacente, y aquí es donde el algoritmo diagnóstico con EDA y/o angio-TAC cobra un papel más importante.

P-360. EVALUACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

J. Márquez Rojas, S. Roldán Baños, D. López Guerra, J. Santos Naharro, G. Blanco Fernández, M. Arribas Jurado, F.G. Onieva González, M.I. Correa Antúnez, J.L. Amaya Lozano, M.J. Espada Guerrero y M. Martínez Sánchez

Hospital Perpetuo Socorro, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: La cirugía bariátrica reduce las comorbilidades, los costes derivados de otros tratamientos y estancias por enferme-

| | N | % | Etiología | Clínica | Diagnóstico | Manejo |
|----------------------|----|-----|--|---|--------------------------------|---|
| Total 191 | 21 | 11 | | | | |
| Intraoperatoria | 7 | 3,7 | 4 origen esplénico (todos cirugía de conversión: retirada de banda y BP en un tiempo) 2 sangrado lecho hepático durante colecistectomía asociada 1 hemorragia vaso corto (disección) | Hemorragia intraoperatoria | | 3 esplenectomías (conversión) 1 esplenorrafia lap 2 hemostasia lecho vesicular 1 hemostasia vaso corto |
| PO inmediato (< 30d) | 11 | 5,7 | 4 hemoperitoneo (hemorragia de las líneas de sutura) 5HDA 1HDB 1 hemorragia a través del drenaje | Shock hipovolémico 1 hematemesis 5 melena 1 hemorragia dren. | Clínico EDA | 4 reintervenciones lap 1 punto sobre (hemorragia activa muñón) 1 EDA con hemostasia 5 tratamiento conservador Tratamiento conservador |
| PO tardío (> 30d) | 3 | 1,6 | 3 HDA: 1 por ulcus duodenal a los 4 meses 1 ulcus de boca anastomótica a los 2 años 1 hemorragia úlcera línea grapado a los 2 meses | 3 melenas | Clínico EDA AngioTAC | 1 EDA (hemostasia) 1 tratamiento conservador 1 reintervención y sutura del ulcus |

dad, y la mortalidad global de los pacientes, suponiendo una importante mejora en su calidad de vida, aunque no está exenta de riesgos. Se evalúan los factores asociados a morbilidad y estancia en cirugía bariátrica de nuestra Unidad.

Material y métodos: Se recogen retrospectivamente los datos de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en la Unidad de Mama, Endocrino y Obesidad Mórbida del Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz, desde junio de 2006 a diciembre de 2009. Se codifican en una base de datos informatizada y se evalúan los factores asociados a morbilidad y estancia hospitalaria en cirugía bariátrica.

Resultados: De 67 pacientes incluidos en el estudio, 20 fueron varones y 47 mujeres. Edad de 41 ± 12 años, rango [16-65 años]. IMC de $55,6 \pm 7,2$ kg/m², rango [36,8-66 kg/m²]. Se realizó una derivación biliopancreática tipo Larrad en el 20,9% de los pacientes, y by-pass gástrico de una sola anastomosis (Carbajo) en el 79,1%. El análisis multivariante identificó como variable asociada a complicaciones inmediatas los trastornos psiquiátricos previos a la intervención. Se objetivó asociación entre el desarrollo de complicaciones tardías y el tipo de técnica quirúrgica (Carbajo menores complicaciones tardías que Larrad). El análisis de regresión lineal múltiple para identificar posibles factores asociados a la estancia hospitalaria identificó la edad y el índice de masa corporal, siendo el índice de masa corporal la variable más influyente.

Conclusiones: Existe asociación entre los trastornos psiquiátricos previos a la cirugía y la mayor probabilidad de complicaciones inmediatas. También existe asociación entre las complicaciones tardías y el tipo de técnica quirúrgica. La variable más influyente en la estancia hospitalaria en nuestra serie fue el índice de masa corporal. También evidenciamos una asociación positiva entre la edad y los días de estancia.

P-361. APROXIMACIÓN A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA POR PUERTO ÚNICO: ¿QUÉ PODEMOS APRENDER DE LOS PRIMEROS CASOS?

E. Martín García-Almenta, R. Santos, S. Cárdenas, E. Arrúe, P. Talavera, E. Martín Antona, A. Sánchez-Pernaute y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Las aplicaciones del abordaje por puerto único (SILS) se han expandido hasta alcanzar procedimientos de mayor complejidad, como la cirugía bariátrica. Dentro de todos los procedimientos bariátricos la gastrectomía tubular probablemente cumple los criterios para iniciarse en el SILS, ya que es técnicamente más sencilla que otras intervenciones que precisan la realización de anastomosis.

Material y métodos: Analizamos los resultados de los primeros 9 pacientes intervenidos por puerto único en el periodo comprendido entre junio y octubre de 2010. En todos los casos el procedimiento fue una gastrectomía tubular. Fueron intervenidos 8 mujeres y 1 hombre con una edad media de 39 años. El IMC medio fue de 48,8 kg/m² (38,2 a 66 kg/m²) y la altura media de 1,64 m. En todos los casos el abordaje fue transumbilical, utilizando el puerto Triport (Olympus) en 5 casos y SILS (Covidien) en 4. Para todas las intervenciones dispusimos de material articulado de la casa Covidien (endograsp) de longitud estándar, en 4 casos contamos con óptica 30° de 5 mm, en 1 caso con óptica de 5 mm-30° y 50 cm longitud y en el resto trabajamos con óptica 30° de 10 mm. La duración de la intervención fue de 184 minutos, con una estancia media de 5,5 días. Solo dos pacientes presentaron complicaciones menores (infección herida quirúrgica e infección urinaria). El 44% de los casos (4 pacientes), pre-

cisaron reconversión a cirugía laparoscópica estándar mediante la colocación de 3 trócares, en 3 de ellos por longitud insuficiente del material (óptica, pinzas y endograpadoras) que impedía la manipulación de los tejidos y su adecuada visualización, y en uno por rotura de puerto multicanal (triport). En los 5 pacientes que se completaron por puerto único, 3 precisaron asistencia con un trócar en HCI debido bien a la insuficiente longitud de la endograpadora o al compromiso a nivel del puerto multicanal entre la óptica de 10 mm y la endograpadora (ambas necesitan ser introducidas por trócar de 10-12 mm. Al analizar diferentes variables como el IMC, altura, tipo de puerto único, características de la óptica, duración de la intervención, complicaciones, estancia media vemos que solo el IMC muestra diferencias entre ambos grupos, 52 kg/m² en los que precisaron reconversión y 46 kg/m² en los que se completaron por puerto único. En todos los casos que se trabajó con la óptica de 10 mm fue preciso colocar uno (asistir) o más trócares (reconvertir) para finalizar la intervención.

Conclusiones: El pequeño tamaño muestral nos impide llegar a conclusiones, pero si podemos identificar aquellos factores que han dificultado la realización del abordaje por SILS. Seleccionar pacientes con IMC < 50 kg/m², especialmente en los primeros casos, parece razonable para poder facilitar la cirugía por abordaje único. La causa fundamental de conversión o asistencia ha sido la insuficiente longitud del instrumental, así como el compromiso a nivel del trócar por lo que parece imprescindible disponer de endograpadoras y pinzas articuladas extralargas, así como de ópticas de 5 mm-30° y 50 cm de longitud si queremos iniciarnos en la cirugía bariátrica por única incisión con éxito.

P-362. EXPERIENCIA INICIAL CON LA GASTROPLASTIA TUBULAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

J. Puche Pla, M. Bruna Esteban, D. Dávila Dorta, M. Oviedo Bravo, C. Sancho Moya, M.A. Lorenzo Liñán, E. Canelles Corell, G. Martín Martín, B. Tormos Troncual y J.V. Roig Vila

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia inicial con la gastroplastia tubular (GT) para el tratamiento de la obesidad mórbida (OM).

Material y métodos: Serie de 60 pacientes con OM operados consecutivamente desde noviembre de 2006 hasta diciembre de 2010 por un equipo de 4 cirujanos. Se operaron 18 antes de 2009, 16 en 2009 y 26 en 2010. Un 68% eran mujeres. Edad media: 42,6 ± 10,8 (20-65) años. IMC medio: 48,6 ± 6,9 (35-67) kg/m². Comorbilidad en 95%, destacando: SAHOS (63%), síndrome metabólico (58%), HTA (53%) y diabetes-2 (35%). Hemos realizado un análisis descriptivo global y comparativo de los resultados con ayuda del programa estadístico SPSS. Se ha establecido un nivel de significación $p < 0,05$. Técnica: acceso con trócar óptico. Tubo gástrico desde píloro hasta ángulo de His, mediante grapado lineal sobre sonda de Faucher 36 F reforzado con sutura continua o interposición de material sintético bio-aborbible. Comprobación de estanqueidad con azul de metileno. Drenaje de Jackson-Pratts ambiental. Postoperatorio: dieta líquida a las 48 h previo control radiológico con Gastrografin®. Evaluación BAROS y analítica a 3 y 6 meses, luego semestralmente.

Resultados: Por laparoscopia se operaron 22% antes de 2009, 56% en 2009 y 92% en 2010 ($p < 0,01$). Se asoció colecistectomía en 10 (17%) casos. El tiempo medio quirúrgico fue de 133 ± 31,2 (90-235) minutos en cirugía abierta y de 190 ± 55 (98-300) minutos en laparoscópica ($p < 0,01$). El índice de conversión fue de 22% (12,5% en 2010) (ns). La morbilidad precoz fue mayor en cirugía abierta (48 vs 22%; $p < 0,05$), debido a la mayor incidencia de infección de la herida (30 vs 8%; $p < 0,05$). Ocurrieron fugas de

sutura en 6 (10%). Se reintervinieron 7 (12%), 6 por fuga y 1 por oclusión intestinal. Hubo un exitus al sexto día. La estancia hospitalaria mediana fue de 8 días, 7 para la laparoscópica y 9 para la abierta. La mediana de seguimiento ha sido de 14 (10-25) meses. Un 75% llevan un seguimiento mínimo de 1 año y un 30% de 2 años. La morbilidad tardía fue de 60%, siendo los problemas más frecuentes los vómitos e intolerancia alimentaria, generalmente leves y transitorios. Precisaron reintervención 2 pacientes (por evetración). Ninguna reintervención por fracaso de la técnica. Apareció una fistula tardía a los 6 meses, tratada mediante sellados con fibrina. Una estenosis de la plastia se ha resuelto conservadoramente. Ha ocurrido una muerte a los 66 días de la intervención. La mortalidad global ha sido pues de 2 casos (3%). El % de sobrepeso perdido ha sido de 36, 63, 63 y 64% a 3, 12, 24 y 36 meses respectivamente. Evolución de comorbilidades: diabetes, HTA, dislipemia, SAHOS y osteoartropatía mejoraron en 100, 96, 90, 90 y 88% con resolución en 67, 67, 48, 55 y 29% respectivamente. Los resultados según la escala BAROS han sido buenos o muy buenos en 80% al año y en 94% a dos años.

Conclusiones: Con la GT tenemos buenos resultados según valoración BAROS a corto/medio plazo. Su realización por laparoscopia reduce la morbilidad postoperatoria precoz. Sin embargo es notoria la alta incidencia de fugas en la línea de grapado, esperando una mejora de los resultados con mayor experiencia en la técnica.

P-363. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

J. Márquez Rojas, S. Roldán Baños, D. López Guerra, J. Santos Naharro, G. Blanco Fernández, F.G. Onieva González, M.J. Matito Díaz, M.I. Correa Antúnez, J.L. Amaya Lozano, M.J. Espada Guerrero y M. Martínez Sánchez

Hospital Perpetuo Socorro, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: La prevalencia de la obesidad está aumentando, suponiendo un aumento en los costes derivados del tratamiento y complicaciones. La cirugía bariátrica reduce las comorbilidades, los costes derivados y mejora la calidad de vida, aunque no está exenta de riesgos. Se evalúan los resultados en cirugía bariátrica de nuestra Unidad.

Material y métodos: Se recogen retrospectivamente los datos de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en la Unidad de Mama, Endocrino y Obesidad Mórbida del Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz, desde junio de 2006 a diciembre de 2009 y se codifican en una base de datos informatizada.

Resultados: De 67 pacientes incluidos en el estudio, 20 fueron varones y 47 mujeres. Edad de 41 ± 12 años, rango [16-65 años]. IMC de 55,6 ± 7,2 kg/m², rango [36,8-66 kg/m²]. Se realizó una derivación biliopancreática tipo Larrad en el 20,9% de los pacientes, y mini by-pass gástrico (Carbajo) en el 79,1%. El 83,6% presentaban comorbilidades asociadas, siendo la más frecuente la hipertensión arterial (47,8%) y la diabetes (29,9%). Estancia hospitalaria media de 7 ± 1 días, rango [4-11 días]. Período de seguimiento medio de 14 ± 10 meses. 32,8% de los pacientes presentó alguna complicación inmediata, médica (19,4%, la más frecuente la flebitis) o quirúrgica (13,4%, la más frecuente la infección de la herida). 53,7% precisaron algún tipo de cirugía "de retoque": 46,3% faldón abdominal, 13,4% mamoplastias, y 10,4% otro tipo de retoques. Más del 40% mejoraron en alguna de las comorbilidades.

Conclusiones: En nuestra Unidad se interviniéron con mayor frecuencia mujeres con obesidad mórbida de edad media e hipertensión arterial asociada. La técnica más empleada fue el mini by-pass gástrico (Carbajo), con estancia media de una semana, logrando una importante mejora de sus comorbilidades.

Gracias a las múltiples cirugías de retoque se puede ofrecer en nuestra Unidad un abordaje integral a los pacientes con esta patología.

P-364. MANEJO SEGURO DEL PACIENTE OBESO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

D.N. Macías Hernández, L. Hernández Cosido, O.A. Rozo Coronel, A. Blanco Álvarez, R. Sánchez Jiménez, A. Sánchez Rodríguez, I. Jiménez Vaquero y L.E. Ortega Martín-Corral

Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: La obesidad se está convirtiendo en un problema sanitario de primera magnitud debido al rápido crecimiento de esta patología. Existe obesidad cuando el IMC es ≥ 30 kg/m², y obesidad mórbida cuando el IMC es ≥ 40 kg/m².

Objetivos: El objetivo principal es conseguir un manejo adecuado del paciente obeso en el quirófano con una monitorización correcta y un manejo adecuado de aparataje, para proporcionar el cuidado más seguro, manteniendo las condiciones asépticas en todo momento tanto antes, durante y después del acto quirúrgico.

Material y métodos: Presentamos los cuidados perioperatorios que se realizan en nuestro hospital. La evaluación anestésica y la preparación del quirófano suponen una estrecha relación del equipo quirúrgico con el anestésico y el resto de personal enfermería, auxiliar y celadores de quirófano.

Resultados: El quirófano debe estar equipado adecuadamente. Son necesarios dispositivos de traslado del paciente especiales (planchas, colchones, grúas...). La enfermera es la encargada de supervisar y facilitar el correcto cumplimiento de la técnica aséptica y de todos los procedimientos que se realicen en el paciente. Participa en la monitorización del paciente, colabora en el acto anestésico, la administración de medicamentos, la instalación de las vendas neumáticas y medias antiembólicas. La posición y colocación del paciente es fundamental en cirugía bariátrica y sobre todo en cirugía laparoscópica. La mesa de quirófano debe soportar un peso elevado y la realización de trend y antitrendelemburg. También es importante la preparación de la zona operatoria de forma adecuada, el manejo de los equipos de laparoscopia, los registros anestésicos y el traslado del paciente hacia la sala de recuperación. Esta es otra parte esencial, con el control del dolor postoperatorio, se debe promover la fisioterapia respiratoria precoz, la movilización de las extremidades y la vigilancia de las constantes.

Conclusiones: La realización del proceso quirúrgico en un paciente obeso conlleva unos cuidados mínimos fundamentales para dar seguridad al paciente. La labor del equipo multidisciplinar es esencial en el tratamiento quirúrgico en los cuidados perioperatorios para disminuir las complicaciones postoperatorias.

P-374. DEHISCENCIAS DE SUTURA EN GASTROPLASTIA TUBULAR: ANÁLISIS DE 9 CASOS

J. Puche Pla, M. Bruna Esteban, D. Davila Dorta, M. Oviedo Bravo, E. Canelles Dorell, M. Lorenzo Liñán, B. Tormos Troncual, G. Martín Martín y J.V. Roig Vila

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivos: Analizar la presentación, evolución y tratamiento de las fugas de sutura en la gastroplastia tubular (GT), para tratamiento de la obesidad mórbida, ocurridas en nuestro hospital en los últimos 4 años.

Material y métodos: Los datos se obtuvieron retrospectivamente de las historias clínicas de todas las dehiscencias ocurridas

en las GT asociadas o no a cruce duodenal, realizadas desde noviembre de 2007 a diciembre de 2010. En todos los casos se efectuó un estudio radiológico con contraste hidrosoluble (TEGD) como parte de los cuidados postoperatorios dentro de los primeros 4 días con la finalidad de detectar precozmente las fugas. Ha habido un total de 9 fugas, motivo del presente análisis.

Resultados: La presentación ha sido precoz (primeros 5 días postoperatorios) en 3 pacientes y tardía (después del 10º día) en 6. La mortalidad ha sido de 1 caso (11%). Las fugas precoces se objetivaron mediante el TEGD de control. Las fugas tardías se manifestaron después del alta hospitalaria. Cinco pacientes acudieron a urgencias con dolor abdominal y signos sépticos. La TAC sin contraste fue la primera exploración que se realizó, encontrando absceso subfrénico izquierdo en 4 casos y absceso paragástrico en el otro. El diagnóstico fue confirmado en 4 pacientes mediante la realización de un TEGD y en el quinto durante la intervención quirúrgica realizada para drenaje del absceso. Una fuga de presentación muy tardía se manifestó a los 6 meses de la intervención por una neumonía basal izquierda rebelde a tratamiento. La realización de una TAC con contraste evidenció la presencia de una fístula esofagogastropleural. La localización más frecuente fue a nivel del ángulo de His (89%). Las tres fugas precoces fueron operadas en cuanto se descubrieron (una por laparoscopia), con dos resoluciones a los 5 y 58 días y un exitus. Las seis fugas tardías se han tratado mediante diversos métodos (abierto, percutáneos o endoscópicos), muchas veces combinados, con 4 curaciones (22, 79, 91 y 101 días) y 2 persistencias subclínicas a 2 y 3 años. Los sellados con fibrina se han realizado en cuatro casos, con resultados no concluyentes: 2 curaciones y 2 persistencias. La sutura directa de la fuga fracasó en 2 de los 3 casos en que se realizó (solo tuvo éxito en una fuga operada al tercer día). Se colocó un stent en una fístula tardía tras una sutura fallida con buenos resultados. La media del nº de ingresos fue de $2,4 \pm 1,9$ (1-7). La estancia media total (de todos los ingresos) fue de $77,3 \pm 40,6$ (22-153) días.

Conclusiones: Las fugas tras GT constituyen un problema de primer orden, causante de gran parte de la mortalidad operatoria de este tipo de cirugía. Pueden detectarse precozmente en el postoperatorio mediante la realización de un TEGD, pero muchas escapan a este control y se manifiestan tardíamente, después del alta, ocasionando ingresos reiterados y largas estancias hospitalarias. Se suelen localizar a nivel de la unión esofagogástrica (His), manifestándose como un absceso subfrénico izquierdo. El drenaje de las colecciones y sostén nutricional son imperativos, la reparación primaria suele fracasar, sobre todo en fases tardías, y los métodos endoscópicos, aún en fase de evaluación, tienen resultados impredecibles.

P-375. ÍLEO BILIAR COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

M.A. García López, N.M. Torregrosa Pérez, R. González-Costea, M.D. Balsalobre Salmeron, I. Navarro García, E. Romera Barba, J.A. García Marcilla y J.L. Vázquez Rojas

Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Introducción: El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal (1-4%). El íleon terminal suele ser la localización más frecuente junto con la válvula ileocecal. Sus manifestaciones clínicas son variables por lo que el diagnóstico es difícil. La cirugía bariátrica produce una rápida pérdida de peso en los pacientes lo que conlleva un riesgo aumentado de desarrollo de coledolitiasis, siendo el riesgo aún mayor en el caso de técnicas malabsortivas o mixtas. La colecistectomía profiláctica en la cirugía del bypass gástrico es un tema controvertido y las actitu-

des varían, en función de los autores, desde la colecistectomía sistemática hasta la colecistectomía solo en presencia de coledolitiasis sintomática. Presentamos un caso de íleo biliar en paciente intervenida de bypass gástrico laparoscópico.

Caso clínico: Mujer de 41 años, diabética e intervenida de obesidad mórbida hace 20 meses realizando bypass gástrico laparoscópico (IMC preoperatorio 51). En el preoperatorio se diagnosticó de coledolitiasis asintomática por lo que no se realiza colecistectomía durante la cirugía del bypass. El postoperatorio es satisfactorio presentando en la actualidad un IMC de 36. Acude a Urgencias por un cuadro de dolor abdominal y vómitos de 24 horas de evolución. Se le realiza analítica urgente donde se observa leucocitosis y una Rx de abdomen con dilatación de asas de delgado. Ante la sospecha de obstrucción intestinal se decide realizar TAC de abdomen con contraste oral que informa de hallazgos compatibles con íleo biliar. Se decide cirugía urgente. Se realiza laparotomía media encontrando dilatación de asa biliopancreática y dilatación de asa alimentaria secundarias a obstrucción intestinal por cálculo impactado a 5-10 cm distalmente al pie de asa. Se realiza enterotomía, extracción de cálculo y enterorrafia. Se revisa el intestino delgado y colon sin encontrar patología. El postoperatorio es satisfactorio siendo alta al 5º día postoperatorio.

Discusión: El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, siendo más frecuente por encima de los 65 años. La causa más frecuente de obstrucción intestinal en los pacientes intervenidos de bypass gástrico es la hernia interna (espacio de Petersen, hojal mesentérico). Presentamos un caso poco frecuente de obstrucción intestinal en el postoperatorio de cirugía bariátrica. La obesidad y la rápida pérdida de peso en los pacientes intervenidos de obesidad mórbida aumentan el riesgo de desarrollar coledolitiasis. Sin embargo, no existe consenso en cuanto a cuál es la actitud más adecuada ante la coledolitiasis en estos pacientes. Así hay autores que realizan de forma sistemática la colecistectomía durante la cirugía del bypass ya que han demostrado que es una técnica segura aunque aumenta el tiempo quirúrgico. Por otra parte, otros autores solo realizan la colecistectomía cuando la coledolitiasis es sintomática ya que existen estudios donde la incidencia de la necesidad de colecistectomía en un segundo tiempo es comparable en pacientes con y sin litiasis diagnosticada en el preoperatorio. Debido a la poca existencia de trabajos comparables, se precisan estudios prospectivos aleatorizados que nos ayuden a determinar la mejor opción para los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.

P-376. ADENOCARCINOMA DE LA UNIÓN ESÓFAGOGÁSTRICA TRAS BYPASS GÁSTRICO POR OBESIDAD MÓRBIDA

M. Vives Espelta, F. Sabench Pere Ferrer, A. Cabrera Vilanova, M. Socías Seco, E. Raga, M. Hernández González, S. Blanco Blasco, A. Sánchez Marín, J. Sánchez Pérez, J. Domènech Calvet y D. del Castillo Déjardin

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Objetivos: La obesidad mórbida se ha convertido en un grave problema de salud mundial. La cirugía bariátrica ha demostrado ser la única opción terapéutica realmente eficaz, siendo capaz de conseguir una pérdida suficiente de peso y que ésta se mantenga en el tiempo. Por este motivo, el número de procedimientos bariátricos ha aumentado de forma significativa en los últimos años, siendo el bypass gástrico uno de los más utilizados. Los procedimientos quirúrgicos que alteran la funcionalidad del tracto digestivo pueden predisponer a la aparición de cáncer. Están descritos en la literatura casos de cáncer en el neo-esófago tras la interposición colónica o en la gastroplastia de Collis. El objetivo es presentar el caso de una paciente afectada

de adenocarcinoma cardial intervenida previamente de bypass gástrico por obesidad mórbida y revisar si existen factores de riesgo que puedan relacionar el bypass gástrico con la aparición de cáncer en la unión gastroesofágica.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 63 años de edad y con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, intervenida a la edad de 52 años de obesidad mórbida colocándose una banda gástrica ajustable. Tres años después, dado que no se había conseguido una pérdida suficiente de peso ni una mejoría de sus comorbilidades es reintervenida extrayéndose la banda gástrica y realizándose un bypass gastroyeyunal. Siete años después del bypass gástrico presenta un cuadro de disfagia progresiva por lo que se realiza una fibrogastroscoopia evidenciando un proceso neofornativo a nivel de cardias compatible anatomopatológicamente con un adenocarcinoma y múltiples metástasis hepáticas en el estudio de extensión. La fibrogastroscoopia previa al bypass gastroyeyunal permitió descartar en ese momento patología de la unión esófago-gástrica.

Resultados: Se inicia tratamiento quimioterápico con progresión de la enfermedad que obliga a la colocación de una prótesis expandible a nivel de cardias. La paciente presenta una mala respuesta al tratamiento siendo exitus al año de realizarse el diagnóstico de adenocarcinoma de cardias.

Conclusiones: Varios estudios han observado un aumento de la incidencia de adenocarcinoma de cardias en pacientes obesos mórbidos. De todas las hipótesis que relacionan la obesidad con el riesgo de aparición de adenocarcinoma de cardias, la teoría del reflujo ácido es la más aceptada. Según esta teoría, la obesidad favorece la enfermedad por reflujo gastroesofágico a través del aumento de la presión intraabdominal. El reflujo gastroesofágico es un factor de riesgo para el esófago de Barrett, siendo éste un estado precursor del adenocarcinoma. Se ha barajado la hipótesis que las alteraciones de la motilidad gástrica tras el bypass gástrico aumentan la exposición ácida del estómago proximal. En 2007 Harutaka y Rubino realizaron un estudio experimental en ratas para investigar el riesgo de cáncer gástrico tras bypass gástrico. En él observaron que tras el bypass gástrico existe menor riesgo de desarrollar un adenocarcinoma gástrico. Este hecho podría estar relacionado con un aumento en la velocidad del vaciado gástrico tras este tipo de técnicas que evitaría una exposición prolongada de la mucosa gástrica a los carcinógenos de la dieta. Por otro lado, el aumento del pH ácido en la porción proximal del estómago reduciría la conversión de los nitratos salivales en nitrosaminas, punto determinante en el desarrollo del cáncer gástrico. Asimismo se observó una baja concentración de bilis en el jugo gástrico que también contribuiría a reducir la incidencia de cáncer. Concluyeron que el bypass gástrico es una opción terapéutica segura en pacientes afectados de obesidad mórbida incluso en áreas con elevada incidencia de cáncer gástrico. La presencia de adenocarcinoma de la unión esófago gástrica parece estar más relacionado a la propia obesidad y a factores tales como la dieta que al hecho de haber sido sometido a un procedimiento bariátrico previo. En el caso que presentamos, la fibrogastroscoopia previa al bypass gastroyeyunal permitió descartar en ese momento patología de la unión esófago-gástrica.

P-377. HERNIA INTERNA Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO COMPLICACIÓN DE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

A. Moreno Serrano, V. Maturana Ibáñez, R. Belda Lozano, M. Lorenzo Campos, M. Ferrer Márquez, J. Motos Mico, A. Morales Fernández y M. Ferrer Ayza

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Introducción: El síndrome de obstrucción intestinal postoperatoria es una complicación reconocida de la cirugía bariátrica

abierta. En cirugía laparoscópica su frecuencia está entre el 0,4 y el 8%, y su etiología más frecuente es la hernia interna, llegándose a considerar ésta como una complicación específica del bypass gástrico por laparoscopia, condicionado por la ausencia de adherencias que ocasiona este acceso, lo que favorecería su aparición.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 46 años, intervenida hace cinco por obesidad mórbida mediante bypass gástrico por laparoscopia. La paciente ingresa en urgencias por cuadro de obstrucción intestinal con importante dolor abdominal difuso que había comenzado de forma brusca hace cinco horas. En la exploración física se observó marcada distensión abdominal con ruidos hidroaéreos de carácter metálico. La analítica mostró leucocitosis con neutrofilia. Se le realizó un TAC abdominal en la que se apreciaba dilatación de asas de intestino delgado y en algunas zonas corona de burbujas que rodean toda la pared del asa, hallazgo sugestivo de neumatosis intestinal, con abundante líquido libre. Se realizó laparotomía urgente que objetivó una hernia interna de asas de intestino delgado a través del orificio mesentérico, con una isquemia intestinal irreversible de un segmento del asa alimentaria que no afectaba al pie de asa. Tras liberar la hernia interna se realizó resección intestinal del segmento afecto y anastomosis. Presentó una evolución tórpida con dificultad para la ingesta, distensión abdominal. Al mes se reintervino observándose obstrucción parcial de intestino delgado, en relación con cirugía previa y anastomosis anteriores. Se realiza resección de la zona comprometida, apendicectomía y reconstrucción del tránsito intestinal. Presentó evolución satisfactoria, siendo dada de alta al 10º día postoperatorio. En la actualidad en seguimiento en consultas de cirugía y nutrición.

Discusión: La hernia interna se ha considerado una complicación específica del bypass gástrico laparoscópico. Se describen varios posibles lugares relacionados con la aparición de hernias internas. La importancia de la formación de hernias internas radica en la potencial progresión hacia la necrosis intestinal y muerte del paciente al no ser diagnosticada a tiempo, frecuente en los obesos debido a la ausencia de clínica precoz. La evaluación clínica y las técnicas diagnósticas habituales no son efectivas para el diagnóstico. El síntoma más frecuente de presentación, es el dolor epigástrico cólico postprandial con náuseas. La persistencia o recurrencia de los síntomas indican una exploración quirúrgica urgente, pudiendo realizarse por laparoscopia, con reducción de la hernia interna y reparación del orificio herniario, siendo necesaria la conversión ante los hallazgos de isquemia o perforación. El cierre meticuloso de todos los posibles defectos mesentéricos reduce la incidencia y es la única forma de prevenir y es esencial para limitar al máximo esta complicación. Parece existir una reducción de la incidencia de obstrucción postoperatoria al cambiar de la vía retrocólica a antecólica (4,5-0,43%) en algunas series. Un alto índice de sospecha y una exploración quirúrgica precoz son necesarias para preservar la viabilidad intestinal. Cuando aparece debe detectarse precozmente y tratarse mediante reoperación inmediata para evitar una alta mortalidad.

P-378. TRATAMIENTO DE GRAN DEHISCENCIA TRAS SLEEVE GÁSTRICO MEDIANTE ENDOPRÓTESIS

J.M. Oviedo Bravo, J. Sempere García-Arguelles, J. Puche Pla, B. Tormos Tronqual, E. Canelles Corell, M. Bruna Esteban, A. Dura Ayet, D. Dávila Dorta y J.V. Roig Vila

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: El sleeve gástrico (gastroplastia vertical tubular) es una técnica en auge para el tratamiento definitivo de los pacientes con obesidad mórbida por sus buenos resultados. La

complicación más grave de la técnica es la dehiscencia parcial de sutura a nivel del ángulo de His (subcardial). En el caso que nos ocupa fue de un gran calibre y el manejo clínico-terapéutico es el motivo de esta presentación.

Caso clínico: Mujer de 47 años con BMI de 52, exfumadora, hipertensa y con tricoepiteliomatosis facial. Se le realiza un sleeve gástrico por vía laparoscópica siguiendo la técnica estándar: tras la disección epiploica, exéresis tubular desde el ángulo de His hasta la zona prepilórica (técnica de Baltasar) mediante grapo reforzado con láminas hemostáticas bioabsorbibles (seamguard) y comprobación de estanqueidad con colorante. Al 4º día se realiza tránsito con contraste hidrosoluble con resultado de normalidad. Inicia dieta líquida y se retira el drenaje, siendo dada de alta al 6º día. Reingresa al 10º día por dolor abdominal, fiebre y leucocitosis. En la TAC se objetiva colección subfrénica izquierda y perigástrica con medio de contraste oral extravasado. El estado de sepsis grave obliga a la reoperación laparotómica urgente, evidenciando una dehiscencia de 4 cm en la zona subcardial que se resutura, se colocan drenajes ambientales y de lavado y una yeyunostomía de alimentación. El 2º día se comprueba la persistencia de la fístula por fallo de la resutura, motivo de colocación de una endoprótesis autoexpansible, anatómica y totalmente cubierta tipo Hamaro durante 5 semanas. Controles radiológicos previos al alta y endoscópico al mes de retirada de la prótesis normales.

Discusión: La dehiscencia de sutura en el sleeve gástrico es grave, aún más cuando ésta no se puede resolver con métodos conservadores (drenajes, sellado con fibrina) por sus dimensiones y sepsis grave. El manejo de estas "fugas" es complejo y suelen tratarse, en nuestro medio, con sellados endoscópicos de fibrina, pero la bibliografía apunta hasta la realización, en casos similares al nuestro, de una gastrectomía total de necesidad. En este caso la colocación de ésta prótesis supuso la curación rápida y definitiva de la fístula sin precisar de tratamientos más agresivos. En una dehiscencia subcardial, con grave repercusión clínica por sepsis grave, tras sleeve gástrico por obesidad mórbida, la colocación de una prótesis anatómica autoexpansible cubierta ha supuesto un notable recurso para el tratamiento de esta grave complicación postoperatoria.

P-379. OCLUSIÓN INTESTINAL COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

P. Riverola Aso, N. Sánchez Fuentes, M. Gutiérrez Díez, V. Rodrigo Vinué, C. Gracia Roche, I. Gascón Ferrer, J. Martínez Bernad, M. Herrero López, M. González Peñabaz, I. Talal El Albur y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Mostrar a través de nuestra experiencia la oclusión intestinal como una complicación tardía grave en el paciente sometido a cirugía bariátrica con un diagnóstico tardío en muchos de los casos por los escasos síntomas de los que suele acompañarse.

Material y métodos: Presentamos un caso clínico de un paciente de 41 años con antecedentes personales de cirugía bariátrica en 2009 realizando Scopinaro. Acude a Urgencias por dolor abdominal agudo acompañado de vómitos. Llama la atención la exploración del paciente que presentaba un abdomen depresible, no distendido, doloroso de forma difusa pero sin signos de irritación peritoneal. Se realizó Rx de abdomen que mostraba neumatización y distensión de asas de intestino delgado, además de un TC abdominal con dilatación de asas de intestino delgado con probable cambio de calibre adyacente a sutura quirúrgica, sugestivo de íleo oclusivo por brida/hernia interna. Se decidió tratamiento quirúrgico de urgencia.

Resultados: Durante la intervención se localizó oclusión de intestino delgado por volvulación de asas de intestino delgado sobre anastomosis de asa biliopancreática. Se realizó desvolvulación de las mismas quedando la anastomosis elongada y estenosada precisando resección de la misma y nueva anastomosis. Una vez realizada la desvolvulación se observaba un asa de más de un metro con signos de sufrimiento. La realización de una cirugía precoz evitó que fuese necesaria su resección. El paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta a los 8 días tras la intervención quirúrgica. Hasta el 3% de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica van a presentar obstrucciones intestinales como complicación a largo plazo. La obstrucción del asa biliopancreática cursa con escasa sintomatología ello puede derivar a un atraso en el diagnóstico y tratamiento precisando resecciones intestinales. Además el adelgazamiento de los mesos en estos pacientes hace que se formen verdaderos ovillos de asas intestinales implicándose una gran superficie intestinal en el cuadro obstructivo lo que conlleva en ocasiones la necesidad de realizar resecciones intestinales de gran amplitud.

Conclusiones: La obstrucción intestinal es una complicación frecuente en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Suelen cursar con escasa sintomatología. La sospecha de un cuadro oclusivo y un tratamiento quirúrgico precoz son imprescindibles en estos pacientes.

P-380. FÍSTULA GASTRO-GÁSTRICA EN PACIENTE OBESO MÓRBIDO Y DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA CON PRESERVACIÓN GÁSTRICA

L.M. Alcoba García, T. González Elosúa, M.P. Suárez Vega, L. Ballesta Russo, P. Díez González, L. González Herráez, V. Simó Fernández, R. Canseco Fernández, M. Muínelo Lorenzo y T. González de Francisco

Hospital de León, León.

Introducción: Desde su descripción en 1994, la derivación biliopancreática según técnica de Scopinaro ha demostrado los mejores resultados en términos de pérdida del exceso de peso y resolución de comorbilidades. La realización de esta técnica vía laparoscópica obvió la práctica de la gastrectomía, sin que esto supusiera diferencias en la pérdida del exceso de peso, ni en la resolución de comorbilidades. La fístula gastro-gástrica (FGG) es una comunicación entre el reservorio gástrico y el estómago remanente. Las causas pueden estar relacionadas con una técnica operatoria incorrecta al no independizar con el grapado las dos cavidades gástricas, una dehiscencia limitada, la formación de un absceso y comunicación secundaria o perforación de úlcera de boca anastomótica del estómago proximal en el reservorio gástrico distal con reepitelización de la comunicación fistulosa. Aunque en la literatura la FGG tiene una incidencia entre el 1 y 6%, es probable que sea una infraestimación ya que la mayoría de los pacientes están asintomáticos. La FGG puede sospecharse en casos de pérdida insuficiente de peso o como en nuestro caso por un control insuficiente de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que padecía el enfermo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 44 años con IMC de 48 kg/m², DM2, dislipemia mixta, HTA, hiperuricemia, esteatosis hepática, SAOS, patología articular y HbA1c de 10,2. En tratamiento con rosiglitazona, glimepidina y metformina. Fue intervenido mediante derivación biliopancreática tipo Scopinaro con preservación gástrica con asa alimentaria de 250 cm y común de 50 cm. Sección gástrica con EndoGIA 4,2 y anastomosis gastroyeyunal con 2 cargas de EndoGIA 45/3,5 según técnica habitual de nuestro centro. Evolución: al año, tras una pérdida del 44% del exceso de peso y una disminución de las cifras de HbA1c en torno a 7,3 acude a la revisión de los 12 meses con

algún episodio de reflujo, vómito ocasional y ganancia ponderal de 8 Kg de peso. Se realiza gastroscopia evidenciándose estenosis parcial de la anastomosis, realizándose dilatación. El paciente sigue con ganancia de peso y una HbA1c de 8,4. Se realiza posteriormente tránsito gastroduodenal donde se evidencia estenosis de la anastomosis y paso de contraste a la porción gástrica excluida. Nueva intervención: se interviene vía laparoscópica encontrándose la fístula gastrogástrica ya documentada previamente, que se confirma con endoscopia intraoperatoria. Se realiza sección de la zona fistulosa y colocación de epiplón entre ambas porciones gástricas. Se realiza anastomosis amplia gastroyeyunal con dos cargas de EndoGIA 60/3,5. Desde el alta el paciente ha perdido peso y tiene mejor control glucémico con una HbA1c de 6 en tratamiento con metformina y tolerando dieta libre.

Discusión: La fístula gastro-gástrica tras derivación biliopancreática según Scopinaro sin gastrectomía es una entidad poco frecuente y puede ser causa de una reganancia de peso o no pérdida del mismo así como de un mal control glucémico. La confección de anastomosis más anchas y test intraoperatorio de estanqueidad son medidas que pueden minimizar la incidencia de FGG. Esta complicación, en manos expertas, puede repararse de forma segura y eficaz vía laparoscópica.

P-381. CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTE CON ACONDROPLASIA Y OBESIDAD MÓRBIDA

E. Árrue del Cid, N.J. Cervantes Juárez, O. Cano Valderrama, M.A. Rubio, A. Sánchez Pernaute y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La acondroplasia es la más forma común de osteocondrodisplasia que causa enanismo. La obesidad mórbida puede coexistir con esta enfermedad, empeorando su calidad de vida. Por esa razón, en estos pacientes la cirugía bariátrica puede mejorar mucho el control del peso y las complicaciones, a veces muy graves, de dicha enfermedad. Existen pocos casos publicados al respecto.

Caso clínico: Mujer de 39 años de edad con antecedente de acondroplasia, valorada en consulta de cirugía digestiva por obesidad mórbida para cirugía bariátrica, presentando los siguientes parámetros: peso de 72 kilos, talla de 121 cm, IMC de 49, peso ideal de 36 kilos y exceso de peso de 36 kilos. Una vez valorada y cumpliendo en protocolo se realiza gastrectomía vertical más cruce duodenal en asa sin complicaciones intraoperatorias. El postoperatorio transcurre con normalidad. Se practica estudio gastroduodenal comprobando buen paso de contraste a íleon y ausencia de fugas, siendo dada de alta en buenas condiciones al 5 día postoperatorio. Actualmente pesa 45 Kg que representa una pérdida de exceso de peso del 75% y con una calidad de vida aceptable.

Discusión: Existen varias intervenciones quirúrgicas que se realizan en pacientes con acondroplasia como alargamientos óseos, cirugía de fijación espinal, laminectomías, entre otras, las cuales lo que pretenden es mejorar la calidad de vida, prevenir y tratar las complicaciones de la misma. La cirugía bariátrica es una más de ellas. En nuestra paciente la calidad de vida ha mejorado, ya que ha permitido que la paciente pierda peso, llegando a mejorar su IMC y posiblemente evitando la aparición de nuevas comorbilidades. Las alteraciones corporales hacen que el IMC no sea tan válido como en otros pacientes y que haya que individualizar la indicación, pero creemos que en esta paciente el hecho de perder peso mejora su calidad de vida y los problemas mecánicos en el sistema locomotor, complementándose con los demás procedimientos en la prevención y tratamiento de complicaciones.

P-382. REPARACIÓN DE HERNIAS INCISIONALES EN ABDOMINOPLASTIAS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.L. García García, A. Campillo Soto, J.A. Torralba Martínez, R. Lirón Ruiz, J.G. Martín Lorenzo, M. Mengual Ballester, M.J. Cases Baldo, M.P. Guillen Paredes y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Las abdominoplastias se han convertido en un proceso quirúrgico frecuente en pacientes con pérdida masiva de peso tras cirugía bariátrica. Si bien la técnica laparoscópica ha disminuido de forma importante las complicaciones postoperatorias en la pared abdominal de estos pacientes, siguen presentándose hernias incisionales, a veces desconocidas, en el campo quirúrgico del faldón abdominal. Presentamos 9 pacientes sometidos a abdominoplastia con eventración asociada.

Métodos: Estudio retrospectivo de 72 pacientes intervenidos por lipodistrofia abdominal tras ser sometidos a cirugía bariátrica previa entre enero 2005 y enero 2011. Se realizó dermolipectomía y onfaloplastia, tras un periodo medio de 24 meses post-cirugía bariátrica. Presentamos datos demográficos, el estado pre y postcirugía, las comorbilidades, complicaciones y la existencia de hernia incisional en estos pacientes.

Resultados: En 9 pacientes (6,4%) coexistía una hernia incisional media. En todos se había realizado un bypass gástrico, vía laparoscópica en 5 pacientes (5 de 250 casos: 2%) y por vía abierta en 4, uno de ellos tras conversión (4 de 50 casos: 8%). El IMC medio fue 27,8 Kg/m² (rango 22-42), 4 pacientes eran fumadores y 3 eran diabéticos tipo 2. La localización de la eventración fue, en la cirugía laparoscópica, a nivel de la puerta de entrada del trócar supraumbilical de la línea media, siendo en la cirugía abierta algún segmento de la cicatriz. Se corrigió con sutura simple en 7 casos, dado el pequeño tamaño del orificio, precisando colocación de malla de PPL en 2 pacientes. Como principales complicaciones en postoperatorio inmediato destacaron la necrosis umbilical e infección de herida en 2 pacientes, y hematoma local en un caso.

Conclusiones: En cuanto a la cirugía bariátrica inicial, el uso de la vía laparoscópica se asocia a menor frecuencia de secuelas herniarias. Es importante el cierre del orificio de trabajo en el bypass gástrico laparoscópico para evitar eventraciones. En cuanto a la reparación de la hernia incisional, ésta debe llevarse a cabo sólo tras la estabilización del IMC adecuado y el control de comorbilidades como la diabetes y el tabaquismo que influyen en el proceso de cicatrización. Por otra parte, la reparación se asocia a frecuentes complicaciones postoperatorias locales.