

9º CONGRESO SECO-GETAFE 2007

RESUMENES DE LAS COMUNICACIONES ACEPTADAS

1. COMUNICACIONES ORALES

CALIDAD DE VIDA

Jueves, 8 de Marzo (8h-9h15)

Moderadores: Dres Serra, Vesperinas y Carabias (secretario)

1. VALORACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y CAMBIOS DE EXPECTATIVAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A BY-PASS GÁSTRICO

Cassinello, N. (1); Fernández, R. (2); Alvarez, S. (2); Báguena, MJ. (2); Ortega, J. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario, Valencia. (2) Facultat de Psicologia. Universitat, Valencia.

Introducción: En la evaluación preoperatoria psicológica de la obesidad mórbida hay factores que los pacientes valoran como decisivos para someterse a la cirugía pero que en el seguimiento post-operatorio pueden cambiar. Conforme el paciente obeso mórbido va perdiendo peso, la percepción de su imagen corporal varia, convirtiéndose en más exigente y manteniendo una preocupación hacia la propia imagen que no corresponde con el exceso de peso perdido y la figura alcanzada. El cambio físico va tan rápido que a veces cuesta incorporarlo a la estructura mental provocando expectativas no realistas y distorsionadas de la propia imagen.

Pacientes y métodos. Se incluyó a 17 pacientes (5 hombres, 12 mujeres) sometidos a by-pass gástrico, con una edad media de 46,8 años y un IMC medio de 45,94 kg/m². Se evaluó la preocupación acerca de la imagen corporal, la autoestima y el nivel de ansiedad-depresión que los pacientes presentaban antes de operarse y a los 6 meses tras la cirugía mediante una batería de cuestionarios entre los cuales se encuentran el H.A.D. Hospital (Anxiety and Depresión Scale), el B.S.Q. (Body Shape Questionnaire) y el cuestionario de autoestima de Rosenberg. Además se evaluó el cambio de expectativas de los pacientes antes de operarse y a los 6 meses tras la realización del by-pass gástrico. Las principales expectativas analizadas fueron: incrementar la movilidad diaria, sentirme más cómodo cuando me relaciono con los demás, incrementar mi funcionamiento ocupacional, mejorar la salud, mejorar la apariencia, mejorar mi vida sexual y mejorar las relaciones con mi pareja o esposa. Para ello se utilizó la entrevista semiestructurada Boston, centrándonos en el apartado relativo a las expectativas.

Resultados. La valoración de la imagen corporal antes de someterse a la cirugía y transcurridos 6 meses, donde el IMC ha bajado hasta 34,4 kg/m², sigue siendo la misma, es decir, una preocupación moderada por la imagen corporal y la percepción de la figura. Respecto a la autoestima, ésta aumenta transcurridos 6 meses de la operación, al contrario que ocurre con los niveles de ansiedad y depresión que bajan, aunque las diferencias en ambos casos son muy pequeñas. Los factores previos a la operación más importantes para los pacientes son dos: la salud y la movilidad diaria. En el seguimiento a los 6 meses nos volvemos a encontrar con un 100% de importancia de la expectativa relacionada con la mejora de la salud produciéndose un incremento significativo ($p < 0.05$) en el cambio de expectativas por lo que se refiere al factor de mejorar la apariencia.

Conclusiones. A los 6 meses tras la realización del by-pass gástrico no se aprecian cambios en la valoración de la imagen corporal y los niveles de autoestima, ansiedad y depresión apenas cambian. El factor subjetivo preoperatorio y postoperatorio que más valora el paciente obeso mórbido es la mejora de la salud, cambiando significativamente en el postoperatorio para mejorar las expectativas relacionadas con la apariencia.

2. CUESTIONARIO GIQLI TRAS UN AÑO DE DERIVACION BILIOPANCREATICA DE SCOPINARO.

Pagán, A.; Salinas, R.; García Sanz, M.; Ventayol, G.

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca

Introducción. Presentamos los resultados preliminares de un programa iniciado en 1999 y que consta de 172 pacientes, de los hemos seleccionado dos grupos de pacientes con asa alimentaria de distinta longitud y un seguimiento superior a los dos años en ambos grupos.

Pacientes y métodos. Proyectivamente desde septiembre de 2004 a octubre de 2005 hemos seleccionado dos grupos de pacientes entre el total de la serie, a los que se practicó una derivación biliopancreática de Scopinaro con asas alimentarias de distinta longitud. El cuestionario GIQLI se limitó síntomas gastrointestinales de digestión y defecación con un total de 19 ítems. Se ha realizado el cuestionario a todos los pacientes durante el seguimiento rutinario en las consultas al cumplir el año de la intervención.

Se excluyeron aquellos pacientes con otra intervención asociada que pudiera condicionar alteraciones en el tránsito gastrointestinal y aquellos que no cumplimentaron el cuestionario.

Resultados. Las características poblacionales de los grupos especificados: Grupo I (asa alimentaria de 250 cms) con 33 pacientes, 27 mujeres y 5 varones con una edad media de 42 (27-65) y un IMC medio de 52 (40-68); Grupo II (asa alimentaria de 300 cms) con 28 pacientes, 21 mujeres y 7 varones con una edad media 43 (30-62) y un IMC medio 52 (45-70). Entre los grupos no hubo diferencias significativas.

No hubo diferencias significativas en las puntuaciones GIQLI respecto al ámbito digestivo con una puntuación media de 41,6 para el grupo I y de 40,2 para el grupo II. Si que existió significación en el cuestionario referente a la calidad de vida relacionada con las deposiciones donde la puntuación fue mayor para el grupo II de asa alimentaria larga, 27,6 frente a 25. Cuando se unifican los ítems el computo global es el mismo en ambos grupos.

Conclusiones. La técnica de Scopinaro presenta en nuestro medio unos resultados óptimos y con una baja morbilidad. El alargamiento del asa alimentaria conlleva beneficios con respecto a la calidad de vida de los pacientes intervenidos muy escasos y no afecta al global de la calidad de vida percibida tras la cirugía malabsortiva.

3. BY-PASS GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA VERSUS DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA. ESTUDIO COMPARATIVO UTILIZANDO EL SISTEMA BAROS. 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Pujol Rafols, J.; Catot Alemany L.; Pujol Rafols, C.; Bru Piquer, S.; Baliño Alberdi, T.; Gómez, C.
Clínica Tres Torres, Barcelona

Objetivos. Aunque la cirugía ha demostrado ser el tratamiento más eficaz para el control de la obesidad, todavía se mantiene la controversia sobre cual es la mejor opción técnica. El By-pass Gástrico y la Derivación Biliopancreática, son procedimientos quirúrgicos comúnmente aceptados pero hay muy pocos estudios comparativos. El presente trabajo compara sus resultados teniendo en cuenta no sólo la pérdida de peso sino también la mejora de las comorbilidades y la variación en la calidad de vida.

Pacientes y métodos. Controlamos dos grupos homogéneos de 30 pacientes cada uno intervenidos con una u otra técnica, por el mismo cirujano y con un tiempo de seguimiento mínimo de 3 años. Buscamos posibles diferencias en cuanto a pérdida de peso, estado de salud y calidad de vida. Los datos son recogidos de forma prospectiva. El peso es registrado en Kg, IMC y PSP. Se utiliza el test de BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System) para evaluar estados de salud y calidad de vida. Aplicamos un test T para variables independientes fijando un intervalo de confianza del 95% ($p < 0,05$) para aceptar diferencias entre grupos.

Resultados. El IMC y PSP medio a los 48 meses de la intervención son 29, 29 y 68 y 71 para el By-pass Gástrico y la Derivación Biliopancreática respectivamente. Se registran mejoras significativas en el estado de salud con resolución de comorbilidades en ambos grupos. El 98% de pacientes refieren mejoría en la calidad de vida pero no uniformemente en todas las variables del cuestionario.

Conclusiones. Mediante la utilización del BAROS es posible comparar resultados de diferentes procedimientos. Tanto el By-pass Gástrico como la Derivación Biliopancreática demuestran ser ampliamente eficaces no sólo para controlar el exceso de peso sino también para corregir las comorbilidades asociadas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

4. APORTACIONES PSICO-SOCIOLÓGICAS AL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA A PARTIR DE LAS DISCONTINUIDADES VITALES PERCIBIDAS POR PACIENTES OPERADOS POR LA TÉCNICA DEL ROUX-EN-Y BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO: UNA PROPUESTA DE DIMENSIONALIZACIÓN TEÓRICO-ESTADÍSTICA

Sanz, J.; Masdevall, C.; Vilarrassa, N.; Menchón, J.M.
Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona

Objetivos: (1) Establecer una relación teórica entre el concepto de discontinuidad vital y calidad de vida de pacientes operados por Roux-en-Y bypass gástrico laparoscópico; (2) Obtener una visión holística de la calidad de vida mediante la detección de diferentes tipologías de discontinuidad vital que la afectan.

Pacientes: 150 casos de pacientes operados por la técnica del Roux-en-Y bypass gástrico por laparoscopia. Se han establecido tres subgrupos según el índice de Masa Corporal teniendo en cuenta las variables de edad y sexo.

Métodos: (A) Recogida de datos. Metodología observacional directa (Boudon, 1967; Travers, 1971; Sellitz et al., 1976; Van Dalen y Meyer, 1980; Anguera, 1989) y seguimiento de casos clínicos (Strauss and Glaser, 1967; Campbell, 1975; Holder, 1987; Hamel, 1993; Stake, 1995) consistente en la elaboración de registros exhaustivos y diacrónicos de eventos; (B) Entorno de observación y obtención de casos. Consultas externas hospitalarias en las especialidades clínicas de cirugía, endocrinología, psiquiatría y seguimiento dietético (C) Análisis de registros y casos. Interpretative Phenomenological Analysis (Smith, 1996; Golsworthy and Coyle, 1999; Willig, 2001; Shaw, R. L. , 2001)

Conclusiones. La percepción de la calidad de vida varía en función del tipo de discontinuidad que impacte en la vida cotidiana del paciente. El grado de satisfacción con la técnica de cirugía bariátrica será mayor o menor dependiendo de la intensidad con la que se manifiesten los diferentes tipos de discontinuidades (relacionadas con la cirugía, personales, familiares, entorno social inmediato institucionales y sistémicas) en la vida cotidiana del paciente. A este efecto, se requiere elaborar instrumentos de medida (cuestionarios) que den cuenta de como afectan cada una de las tipologías de discontinuidades en la percepción global de los pacientes respecto su calidad de vida.

5. ADAPTACION TRANSCULTURAL DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE MOOREHEAD-ARDELT II EN PACIENTES INTERVENIDOS DE OBESIDAD MORBIDA

Martín García-Almenta, M.(1); Camuñas Segovia, J.(1); Sánchez Pernaute, A.(2); Diez Valladares, L.(2); Martín, M.D.(3); Cerquella Hernandez, C.M.(1); Torres García, A.(2); Morread, M.K.; Ardelt-Gattinger, E. Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid (1). Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid (2). Hospital, Alcorcón (3).

Objetivo. Existen numerosos cuestionarios para medir la calidad de vida relacionada con la salud, pero en España no existe ningún cuestionario específico para cuantificar la calidad de vida en pacientes con Obesidad Mórbida. El objetivo es obtener la versión adaptada para su uso en España del cuestionario de Moorehead-Alderlt II, un cuestionario desarrollado para evaluar la calidad de vida de los pacientes antes y después de una Cirugía Bariátrica.

Pacientes y método. Estudio observacional descriptivo transversal.

El proceso de adaptación consistió en cuatro fases, traducción al español de la versión original, retrotraducción, evaluación de esta versión por el Comité investigador y por los diseñadores originales del cuestionario. Además se realizó la adaptación de las viñetas que ilustran cada pregunta realizando un estudio piloto en un grupo de pacientes intervenidos de O.M.

Prueba piloto de la adaptación de las viñetas en una muestra consecutiva de 40 pacientes intervenidos durante los años 2003-2004 en el Hospital Central de la Cruz Roja. Una vez consensuada la versión adaptada del cuestionario realización de otro estudio piloto en una muestra de 35 pacientes

Resultados y conclusiones. La adaptación transcultural ha culminado con la obtención del cuestionario de Moorehead-Ardelt II adaptado a la cultura e idioma españoles.

6. ETAPAS EN LA TRANSICIÓN DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA ABIERTA A LAPAROSCÓPICA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

Martín-Lorenzo, J. G.; Torralba-Martínez, J. A.; Lirón-Ruiz, R.; Bento-Gerard, M.; Campillo-Soto, A.; del Pozo-Gil de Pareja, P.; Aguayo-Albasini, J.L. Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia

Objetivos. La cirugía bariátrica por laparoscopia ofrece las ventajas de las técnicas de cirugía abdominal mínimamente invasiva: menos complicaciones parietales y generales con una más pronta recuperación del paciente, sin embargo, conlleva una larga curva de aprendizaje. Presentamos el proceso de transición y puesta en marcha de la cirugía bariátrica laparoscópica en nuestro Servicio de Cirugía General.

Pacientes y métodos. Durante el periodo 1999-2006 se han intervenido 116 pacientes por obesidad mórbida. En todos los casos se utilizó la técnica del by-pass gástrico. Dividimos el estudio en tres fases:

- 1) Abierta, entre los años 1999-2002.
- 2) Transición, año 2003, en que se realizaba laparotomía pero se utilizaban instrumentos laparoscópicos, iniciándose la laparoscopia en los 6 últimos casos.
- 3) Laparoscópica exclusivamente, años 2004-06. Se valoran: número de intervenciones, morbilidad mayor, mortalidad, estancia media.

Resultados.

- 1) Fase abierta: 26 intervenciones; morbilidad: absceso de pared en 5 casos, distress respiratorio tras bronco-aspiración en 1 caso y hemorragia digestiva en 2 casos; mortalidad 1 caso; estancia media de 9 días.
- 2) Fase de transición: 15 intervenciones (9 abiertas y 6 laparoscópicas); morbilidad: 1 seroma y 1 absceso de herida, fiebre de origen respiratorio en 1 caso; mortalidad 0 casos; estancia media de 6.4 días.
- 3) Fase laparoscópica: 75 intervenciones (18 abiertas, de ellas 4 por conversión desde laparoscopia) y 57 finalizadas por laparoscopia; morbilidad: estenosis de anastomosis gastro-yeyunal en 5 casos, hemorragia digestiva precoz en 5 casos y tardía (tras el alta) en 3; mortalidad 1 caso; estancia media de 5.7 días.

Conclusiones. En la cirugía bariátrica es posible cambiar el abordaje abierto por el laparoscópico sin aumentar la morbi-mortalidad y manteniendo la seguridad de los pacientes. Pese a ello, parece conveniente una fase de transición antes de embarcarse por completo en un programa laparoscópico de cirugía bariátrica.

RESULTADOS

Jueves, 8 de Marzo (15h30-17h30)

Moderadores: Dres Alarco, Pujol Gebelli y Rodríguez Prieto (secretario)

7. COMPLICACIONES DE LA PARED ABDOMINAL EN EL BY-PASS GÁSTRICO ABIERTO POR OBESIDAD MORBIDA

Lirón Ruiz, R.; Torralba Martínez, J.A.; Bento Gerard, M.; Martín Lorenzo, J.G.; Moreno Egea, A.; Mengual Ballester, M.; del Pozo Gil de Pareja, P.; Campillo Soto, A.; Muelas Martínez, M.; Aguayo-Albasini, J.L.

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia

Objetivo: Gran número de complicaciones en relación con la incisión quirúrgica se le atribuyen a la cirugía bariátrica abierta. Las tasas de complicaciones de la pared abdominal no son insignificantes: 11.4% de infección leve; 4.4% infecciones graves; 20% eventraciones. Presentamos las complicaciones parietales habidas en una serie de obesos mórbidos intervenidos mediante laparotomía.

Pacientes y metodo: Desde enero de 1999 a marzo de 2005 han sido intervenidos en nuestro hospital 50 pacientes afectados de obesidad mórbida realizando un by-pass gástrico, 33 mujeres y 17 varones, con una edad media de 43.6 años (rango 24-60). El índice de masa corporal medio (IMC) fue de 47,6 (rango 40-62). El IMC era superior a 50 en 28 pacientes (superobesidad), situándose entre 40-50 en los 22 casos restantes (obesidad mórbida). Se administró profilaxis antibiótica preoperatoria con cefazolina 2 gr. i.v., administrando una nueva dosis de antibiótico tras la segunda hora de la cirugía. Esta profilaxis se mantuvo durante 48 horas en el postoperatorio. En los pacientes con obesidad mórbida se realizó By-pass gástrico según técnica de Sugerman modificada, y en los superobesos By-pass gástrico según técnica de Brolin modificada, asociándose colecistectomía en 6 pacientes y resección gástrica en 3. La vía de abordaje fue subcostal izquierda en todos los casos, ampliada a la derecha en 12 casos, realizando el cierre de la laparotomía con varias suturas continuas. Todos los enfermos fueron intervenidos por los dos mismos cirujanos.

Resultados: 2 pacientes desarrollaron un absceso de pared (4%), uno de ellos con celulitis asociada, 2 presentaron un seroma (4%) y un paciente tuvo una dehiscencia cutánea de la herida tras retirar los puntos de piel (2%), realizándose aproximación con sutura. Durante el seguimiento (100% de los pacientes de la serie) se han objetivado 3 eventraciones (6%), las cuales se corrigieron durante la realización de la dermolipectomía abdominal. Hubo una recidiva que fue nuevamente reparada. En esta serie no ha habido mortalidad.

Conclusión: En referencia a la infección de herida, la correcta realización de la profilaxis antibiótica y su mantenimiento durante 48 horas, junto al cumplimiento de las básicas normas de asepsia son las claves para explicar nuestros buenos resultados. La baja tasa de eventraciones de nuestra serie nos permite defender la realización de una incisión subcostal en lugar de una incisión media, por su tendencia a ser menos eventrógena, recordando la necesaria meticulosidad en la apertura y en el cierre de la laparotomía.

8. CICATRIZACION ASISTIDA POR VACÍO DE HERIDAS ABDOMINALES

García-Marirrodiga, I.; Fuerte Ruiz, S.; Hernández Matías, A.; Bouzada Gil, J.; Limones Esteban, M.
Hospital Universitario de Getafe.

Objetivos. La terapia VAC (cicatrización asistida por vacío) es una técnica nueva que estimula la cicatrización de heridas agudas y crónicas, utilizando para ello una presión negativa localizada. Describimos nuestra experiencia en la cicatrización de heridas abdominales.

Pacientes y método. Se aplicó la terapia VAC a 9 pacientes entre junio de 2005 y marzo de 2006. Se trata de 2 mujeres y 7 hombres, con una media de edad de 52,7 años (28-73).

Resultados. En la mayor parte de los casos se logró un cierre progresivo o se preservó la retracción de la fascia, necesaria para la subsiguiente reconstrucción de la pared abdominal.

Diagnóstico	Tratamiento	Sin VAC	Con VAC	Localización	Al alta
Tumor retroperitoneal	Extirpación	12 d	5 d	Herida	Cierre 2ª intención
Cáncer de colon	Colectomía total	15 d	12 d	Evisceración	Cierre 2ª intención
Obesidad mórbida	Eventroplastia	16 d	10 d	Herida	Cierre 2ª intención
Obesidad mórbida	By-pass gástrico	30 d	20 d	Herida	Cierre prim. dif.
Adenocarcinoma de páncreas	Whipple	18 d	8 d	Fístula biliar	Cierre 2ª intención
Obesidad mórbida	By-pass gástrico	15 d	7 d	Herida	Cierre prim. dif.
Pancreatitis aguda	Necrosectomía	31 d	25 d	Fístula pancreática	Cierre 2ª intención
Politraumatismo	Resección sigma	13 d	7 d	Evisceración	Cierre 2ª intención
Úlcera duodenal sangrante	Antrectomía	10 d	6 d	Eventración	Cierre 2ª intención

Conclusiones. La técnica VAC ha contribuido a acelerar la cicatrización de las heridas, aumentando la perfusión y estimulando la formación de tejido de granulación, lo que permite un cierre primario a corto plazo o favorece una más rápida cicatrización por segunda intención. Secundariamente, ha disminuido la estancia hospitalaria y el coste económico, así como ha favorecido el mayor confort del paciente.

9. LA BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE POR LAPAROSCOPIA, UN MÉTODO SEGURO Y EFICAZ PARA EL TRATAMIENTO DE OBESIDAD Y SUS COMORBILIDADES

Ferrer Valls, J.V.; Royo, R.; Ferrando, C.; Fournier, S.; Valiente, M.; Santangelo, G.
Hospital 9 de Octubre. Valencia

Introducción. La banda gástrica ajustable por laparoscopia (BGAL), es una opción quirúrgica segura y eficaz para el tratamiento de la obesidad. En los últimos 10 años, han sido intervenidos mediante BGAL más de 100.000 pacientes, y en Australia se intervinieron 10.000 pacientes en el año 2005. Aunque en EEUU inicialmente fue poco utilizada, después de 3 ensayos clínicos monitorizados por la FDA, se está generalizando su uso en cierto tipo de pacientes.

Pacientes y métodos. Presentamos una serie de 51 pacientes intervenidos de BGAL con un seguimiento de 12 meses. La indicación quirúrgica se realizó en pacientes con IMC >40 o IMC >35 con comorbilidades. El protocolo postoperatorio incluyó un seguimiento multidisciplinar. Utilizamos la técnica de la "pars flácida" y una metodología de insuflado poco agresiva y con control radioscópico.

Resultados. De los 51 pacientes intervenidos, 11 eran varones y 40 mujeres, y con un IMC medio de 42 (35-51). El tiempo quirúrgico medio ha sido de 130 minutos. No fue necesaria ninguna reconversión ni reintervención. Los pacientes tomaron líquidos y deambulaban a las 4-6 horas de la intervención. La estancia media ha sido menor de 24 horas. No ha habido ningún fallecimiento, ni complicaciones mayores. No se han producido infecciones de heridas ni eventraciones. No se ha producido ninguna complicación sobre el depósito, ni deslizamiento gástrico, ni erosión. No se ha detectado TVP ni TEP. La media de pérdida de exceso de peso (%PEP) fue de 28,2 % a los 6 meses y de 41,9% a los 12 meses. Todos los pacientes han mostrado curación de las comorbilidades asociadas o mejoría evidente con

reducción de fármacos o dosis. Un paciente sufrió dilatación esofágica (IMC=51) y otro paciente “parón persistente” después de hinchado; ambos resueltos con el deshinchado completo de la banda.

Discusión. Una buena técnica en la orientación y fijación de la BGAL, junto a un hinchado progresivo de la banda, son esenciales para minimizar la morbilidad y optimizar su eficacia en la pérdida de peso. Obrian et al, demostraron curaciones del 90% de la DM tipo II y del 75% en la HTA, y Vertruney et al, un %PEP >50% a los 7 años, en obesos tratados mediante BGAL. Un seguimiento que incluya dietistas, psicólogos, talleres y preparador físico, es determinante.

Conclusiones. La BGAL es una intervención segura y eficaz, para el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades en pacientes seleccionados.

10. ¿SLEEVE GASTRECTOMY COMO INTERVENCIÓN ÚNICA PARA OBESOS MORBIDOS CON IMC<42KG/M2? RESULTADOS INICIALES COMPARADOS CON BYPASS GÁSTRICO

Sánchez Santos, R. (1); Vilarrasa, N. (2); Gómez, N. (2); García Ruiz de Gordejuela, A. (2); González, S. (1); Pujol, J. (2); Masdevall, C. (2)

Complejo Hospitalario Pontevedra, Pontevedra (1); Hospital de Bellvitge, Barcelona (2)

Introducción. La sleeve gastrectomy se está utilizando con éxito como primer tiempo quirúrgico previo a otra cirugía bariátrica definitiva en pacientes de alto riesgo, los sorprendentes resultados ponderales sugieren su eficacia como intervención única en pacientes seleccionados.

Objetivo. Evaluar los resultados iniciales de la sleeve gastrectomy como intervención única en pacientes obesos mórbidos con IMC entre 35 y 42kg/m² comparados con el bypass gástrico.

Pacientes y Métodos: Se comparan dos cohortes prospectivas de pacientes con IMC entre 35 y 42 kg/m² intervenidos entre Enero 2002 y Septiembre 2006. Al grupo 1, de 32 pacientes se realizó bypass gástrico laparoscópico y al grupo 2, de 26 pacientes, sleeve gastrectomy laparoscópica.

Resultados: Los dos grupos son similares en cuanto a edad, sexo, IMC y comorbilidades. Complicaciones postoperatorias: grupo 1: 2 pacientes fueron reintervenidos, uno por hemoperitoneo y otro por fístula; ningún paciente del grupo 2 fue reintenido (p=0.045) No hubo mortalidad. Estancia media: grupo 1: 4.4±3.1 días, grupo 2: 2.9±2.15 días (p=0.048). La evolución del IMC fue la siguiente: grupo 1 (BG) IMC3 meses 31.2±2.4 (%Exceso de IMC perdido: 45.7±12.9), IMC 6 meses: 28.0±2.3 (%Exceso de IMC perdido: 65.34±12.4)

Grupo 2 (SG): IMC3 meses 31.2±2.2 (%Exceso de IMC perdido: 46±7.4), imc 6 meses: 28.17±2.1 (%Exceso de IMC perdido: 61.4±14.7). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a pérdida de peso entre los dos grupos.

Conclusiones. La sleeve gastrectomy es una alternativa de bajo riesgo para los pacientes obesos mórbidos con IMC entre 35 y 42kg/m². La pérdida de peso a corto plazo tras la sleeve gastrectomy es similar a la del bypass gástrico. Su eficacia a largo plazo y la ampliación de sus aplicaciones deberá ser evaluada con estudios prospectivos a largo plazo.

11. BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS: RESULTADOS DESPUÉS DE LA CURVA DE APRENDIZAJE

García-Caballero, M.; Carbajo, M.A.; Osorio, D.; Mínguez, A.; García-Lanza, C.

Facultad de Medicina, Málaga

Antecedentes. El bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA) es un procedimiento europeo para tratar la obesidad mórbida. Consiste en hacer un reservorio gástrico de aproximadamente 25 ml entre la unión esófago-gástrica y la pata de ganso de 1 cm de diámetro y paralelo a la curvatura menor, con anastomosis latero-lateral a un asa de yeyuno 2 m distal al ligamento de Treitz.

Objetivo. En este estudio comparamos los resultados de los 209 primeros pacientes con los siguientes 209 (210-418).

Pacientes y métodos. Ambos grupos son comparables respecto a la edad, IMC y exceso de peso preoperatorio, así como de la patología acompañante y número de conversiones de cirugías restrictivas previas.

Resultados: En los primeros 209 pacientes convertimos 2 casos (0.9%) a cirugía abierta por hemorragia incontrolable. En casos reoperamos a los pacientes en el postoperatorio inmediato (1.4%). En 5 pacientes fue necesario prolongar la estancia hospitalaria por pancreatitis aguda 1 caso, 0.9%) y fuga anastomótica en 4 casos (2.3%), todos resueltos de forma conservadora. Dos muertes (0.9%): una por tromboembolismo pulmonar fulminante y otra por neumonía nosocomial. En la segunda serie de 209 pacientes (210-418) sólo hubo una perforación de la unión esófago-gástrica (0.4%) y un caso de obstrucción intestinal distal a la gastro-yeyunostomía 24h después de la intervención. (0.4%).

Conclusiones. Los resultados demuestran que el BAGUA es un procedimiento que consigue una importante pérdida de peso con complicaciones mínimas.

12. BYPASS GASTRICO “MEDIDO” HERNANDEZ

Hernández Martínez, J. (1); Pérez Folqués, J.E. (1); Delgado Gomis, F. (2); Calvo Ros, M.A. (3)
Hospital de Yecla, Murcia (1); Hospital Peset, Valencia (2); Hospital de Basurto, Bilbao (3)

Antecedentes. La obesidad es patología en aumento que afecta a importante cantidad de enfermos, de escaso nivel cultural y socio-económico, con imposible tratamiento conductual posterior, con graves comorbilidades (7%) en las diversas técnicas que incluye malabsorción severa, y por ende, con posterior control imposible, en una mayoría de enfermos, que pertenecen al núcleo antes comentado. Por eso, buscamos un diseño, que produciendo adelgazamiento adecuado, evitara los déficits antedichos, que conocemos de forma nítida, tienen escaso control posible tras la intervención.

Métodos. Nuestro bypass, exige de entrada la obtención de un pouch gástrico escaso (ESENCIAL), y la definición de un asa común de aproximadamente 230 cm que es la longitud que es la longitud del intestino delgado de los enfermos no obesos; el resto del intestino se reparte, en las dos asas, biliar y alimenticia, de la Y Roux.

Al inicio, medimos I.D. de múltiples enfermos, con un máximo de 920 cm, sin encontrar relación entre sexo, peso y longitud intestinal. Exige este estudio, la medición en cada uno de los pacientes. Al inicio del estudio, también, estudiamos la absorción alimenticia, con una dieta preestablecida, en pre y postoperatorio de bypass medido. Queríamos a priori, detectar si nuestro diseño producía alguna alteración malabsortiva. Nuestro estudio demostró que la eliminación por heces de proteínas y carbohidratos era idéntica en los operados y no operados, solo las grasas se eliminaban en los postoperados en un 500-600% más. Ello nos dio la presunción que nuestro diseño no produciría alteraciones nutricionales y solo nos faltaba comprobar si era eficaz para la pérdida de peso.

El estudio, prospectivo (conociendo los resultados previos de bypass usual en 120 enfermos nuestros de control retrospectivo) se inicia en 2002. Aleatorizamos dos series de 75 enfermos en las que el reparto del intestino sobrante del asa común, se hace en una serie dando al asa biliar el 60% y en la otra el 60% a la alimenticia. Los resultados fueron aproximados. Este estudio fue presentado en Valladolid SECLA 2003. Desde entonces, el asa alimenticia, es mucho más larga que la biliar y se elige valorando la tracción del mesenterio. La casuística actual del bypass medido es de más de 460 intervenciones.

Los resultados de pérdida de peso son: 3 meses, rápido, 30 - 40% exceso de peso; 1 año 70 – 80%; 2 años 85%; 3 años Mantenido; 4 años 80%. Un solo fracaso (confitero). No hay complicaciones nutricionales.

13. BY-PASS GASTROINTESTINAL ADAPTADO AL IMC. EXPERIENCIA TRAS 9 AÑOS

J.M. Sánchez, J. Padilla, M. Alonso, M. Hernández, E. Moneva, M.J. Palacios, A. Soriano
Hospital Universitario N.S. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

Introducción. El by-pass gástrico laparoscópico se ha convertido en uno de los principales procedimientos para el tratamiento de la obesidad mórbida. Sin embargo, el by-pass clásico tiene resultados limitados en los superobesos y a largo plazo. Para ello, algunos autores aumentan el asa alimentaria dependiendo del IMC inicial del paciente. Exponemos nuestro modelo de by-pass gástrico en Y de Roux adaptado al IMC que llevamos realizando los últimos 9 años.

Objetivo. Se considera que el objetivo se cumple si hay una pérdida del exceso de peso (PEP) de 50% o más en los 5 primeros años, con mejoría en las comorbilidades y sin déficits nutricionales importantes.

Pacientes y Método. Se intervinieron 148 pacientes entre 1997 y 2006 con un tiempo de seguimiento medio de 40,14 meses (0-110). En los últimos 5 años se llevó a cabo vía laparoscópica (116 pacientes). El 82,4% de los pacientes fueron mujeres, con una edad media de 41,59 años. El IMC preoperatorio medio fue de 48,1 y el 57,6% de los pacientes tenían algún tipo de comorbilidad.

Resultados. La PEP media al año, a los tres años, a los cinco y a los nueve fue del 67%, 73%, 67% y 62% respectivamente. Las comorbilidades mejoraron en el 88,7% de los casos. El 27% de los pacientes presentaron anemia, el 14% hipovitaminosis y sólo el 5,4% hipoalbuminemia.

Conclusiones Los resultados muestran que esta técnica obtiene una excelente PEP que se mantiene a lo largo del seguimiento, con una mejoría importante de la patología asociada y sin excesivos déficits nutricionales.

14. RESULTADOS PONDERALES A LARGO PLAZO DEL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO CON BANDA

Cruz Vigo, F. (1); Cruz Vigo, JL. (2); Sanz de la Morena, P. (2); Canga Presa, JM. (2); Gómez Rodríguez, P. (1); Casanova, V. (1)
Hospital Universitario 12 Octubre y Clínica Nuestra Sra del Rosario, Madrid (1). Clínica San Francisco, León (2).

Objetivos. El criterio de éxito más importante en la valoración de las técnicas de cirugía de la obesidad es su capacidad de mantener la pérdida de peso obtenida a largo plazo, que se considera por encima de cinco años. Evaluamos nuestra experiencia con pacientes operados en este plazo.

Pacientes y métodos. Desde Junio de 1999 hasta Diciembre de 2006, 800 pacientes han sido intervenidos por el mismo equipo quirúrgico, 90 de ellos antes de Diciembre de 2001. Este grupo es el objeto de nuestro estudio. La edad media de los pacientes era 37 años. El peso 123,1 kg. La talla 159,7 cm. El Índice de Masa Corporal 48. El porcentaje de exceso de peso 104,3%. Ocho presentaban colelitiasis. Dos habían sido colecistectomizadas y otras dos tenían el antecedente de una laparotomía por causa ginecológica. A todos ellos les fue realizado un by-pass gástrico con banda por vía laparoscópica, asociado a colecistectomía en aquellos con colelitiasis.

Resultados. La duración media de la intervención fue de 3:30 h. Una paciente fue convertida (1.1%) al observar fuga de azul de metileno al final de la intervención. Mortalidad 1 (1.1%). Complicaciones: 2 fugas anastomóticas, una hernia interna, dos hemorragias digestivas, una hemorragia intraabdominal. La estancia media ha sido 3,5 días. Seguimiento a 5 años 89%. El porcentaje de peso perdido al año ha sido el 76 %, el 2º año 80 %, el 3º 78 %, el 4º 76 % y el 5º 77 %. El IMC a los cinco años ha sido de 29, el peso perdido 47 kg y el % de exceso de IMC perdido 86%. No ha habido diferencias significativas entre obesos y superobesos.

Conclusiones. A los cinco años de seguimiento, nuestra técnica de bypass gástrico laparoscópico con banda confirma su reproducibilidad y seguridad, mostrando, hasta el momento, una excelente curva de pérdida de peso.

15. EXPRESIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO SINTASA Y DIMETILARGININA DIMETILAMINOHIDROLASA EN ESTEATOSIS O ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA EN PACIENTES OPERADOS DE OBESIDAD MÓRBIDA

Cassinello Fernández, N. (1); Lluch García, P. (2); Ferrández Izquierdo, A. (1); Serna García, E. (3); Mauricio Aviñó, M.D. (3); Cortina Gil, B. (3); Novella del Campo, S. (3); Medina Bessó, P. (3); García Torres, M.L. (3); Ortega Serrano, J. (3)
Hospital Clínico Universitario. Universitat de Valencia, Valencia (1); Hospital Clínico Universitario, Valencia (2); Universitat de Valencia, Valencia (3)

Introducción. La enzima dimetilarginina dimetilaminohidrolasa (DDAH) hepática es la principal vía de degradación de la dimetilarginina asimétrica (ADMA), potente inhibidor de la óxido nítrico sintasa (NOS). DDAH y NOS participan en la regulación del tono vascular intrahepático aumentando la formación de NO en el endotelio sinusoidal, produciendo por tanto, vasodilatación local. La esteatosis o esteatohepatitis no alcohólica asociadas a obesidad mórbida podrían alterar la expresión de estas enzimas en tejido hepático.

Pacientes y métodos. Se determinó mediante PCR en tiempo real cuantitativa (QRT-PCR) la expresión génica de las enzimas DDAH (tipos I y II) y NOS (endotelial [eNOS]) en tejido hepático procedente de biopsias de 12 pacientes sometidos a by-pass gástrico (IMC medio: 45.9). Se analizó el grado de esteatosis/esteatohepatitis según la escala de Brunt modificada, resultando un grupo de 8 pacientes con esteatosis y otro grupo de 4 pacientes con esteatohepatitis (ninguno con cirrosis). Los controles se obtuvieron de 4 muestras de tejido hepático procedentes de pacientes no obesos sometidos a cirugía hepática sin hepatopatía previa. Para la comparación entre estos grupos se utilizó el ratio entre los niveles de mRNA de los diferentes genes y el mRNA de GAPDH (gen de referencia).

Resultados. En biopsias hepáticas de pacientes con esteatosis no se modificó significativamente la expresión de eNOS comparados con el grupo control. En la esteatohepatitis se observó un incremento significativo de la expresión de eNOS (340 ± 50 %). La expresión hepática de DDAH-I en pacientes con esteatosis se incrementó significativamente (240 ± 28 %, $p < 0.05$) comparado con el grupo control. La esteatohepatitis indujo un mayor incremento de la expresión de DDAH-I tanto comparado con el grupo control (390 ± 35 %, $p < 0.01$) como con el grupo de esteatosis (150 ± 30 %, $p < 0.05$). La expresión de DDAH-II no se alteró por la esteatosis o la esteatohepatitis.

Conclusiones. La esteatosis induce un incremento en la expresión de DDAH-I sin cambios en la expresión de eNOS. Este efecto podría aumentar la degradación de ADMA y disminuir sus efectos inhibidores sobre la producción de NO en el hígado, favoreciendo un mayor aporte sanguíneo local. El desarrollo de esteatohepatitis en la obesidad mórbida produce un mayor incremento en la expresión

hepática de DDAH-I y en la expresión de eNOS, que en conjunto podrían ser responsables de una sobreproducción de NO en el hígado inflamado.

16. EL SÍNDROME HIPOQUINETICO Y EL ROL DEL HOLTER METABOLICO MOTORIO EN LA CIRUGÍA BARIATRICA

Murgio, A. (1); Fernandez, E. (1); Arnone, L. (1); De Cristofaro, P. (2)

Instituto de Globesidad, Mar del Plata (Argentina) (1); Regione, Abruzzo (Italy) (2).

Introducción. En la sociedad actual, el avance tecnologico y la mecanización, ha inducido a una reduccion de la actividad motoria configurando un verdadero y propio cuadro patologico el Sindrome Hipoquinético, sedentario, higiene de vida inadecuada y aumento del estres psico-fisico, resultando una marcada astenia, hipotonía y sobrepeso. Existen diferentes esquemas terapeuticos en un Obeso Morbido como la cirugía bariátrica si bien no es considerada definitiva como terapeutica, se hace indispensable un seguimiento de por vida para obtener una modificación del estilo de vida que nos resulta difícil de “medir”. El Holter Metabolico Motorio (ArmBand), util en medir el gasto energetico en la actividad motoria diaria, durante las 24 horas, con variables fisiologicas. Sistema validado con la calorimetria indirecta, con un nivel de concordancia mayor 90% (+- 100-300 Kcal).

Pacientes y Metodos. Incluimos 46 pacientes, 13 hombres y 33 mujeres con Obesidad Morbida BMI > 40, con monitoreo continuo 72 horas, medimos el NAF (nivel actividad fisica), comparativo con el GET (gasto energetico total) y el Metabolismo en reposo. Describimos diferentes niveles de NAF, Normoquineticos NAF > 1,4, Hipoquineticos NAF 1,4 - > 1,2 y los gravemente hipoquineticos < 1,2 NAF.

Resultados: en la tabla se pueden observar los hallazgos:

NAF	Varones (13)	Mujeres (33)
> 1,4	53,5 %	22%
<1,4 - > 1,2	26,5 %	25%
< 1,2	20 %	53%
GET	3933 Kcal/dia	3088 Kcal/dia
BMI	51,6 (±6.8)	54,4 (± 6.8)
Edad	40.4 (± 12.6)	43.9 (± 12.2)

Conclusiones. Datos del NAF en los sujetos con Obesidad Morbida ofrecen una información sobre la gravedad de la enfermedad hipoquinética. En efecto los pacientes con NAF > 1,4 es posible un tratamiento medico de la obesidad, con un programa de fisico motorio. En los otros casos la Cirugía Bariátrica es un tratamiento donde su racionalidad se sustenta tambien sobre el estilo de vida prequirurgico del paciente. Los casos en que el NAF < 1,2 la cirugía bariátrica es de eleccion.

TECNICA QUIRURGICA

Viernes, 9 de Marzo (8h-10h)

Moderadores: Dres Peromingo, Sanchez Santos y Rodríguez Prieto (secretario)

17. INDICACIONES Y ASPECTOS TÉCNICOS DE LA GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA (VIDEO)

Blanco, S.; Hernández, M.; Morandeira, A.; Sabench, F.; Sánchez Pérez, J.; Sánchez Marín, A.; Buils, F.; Doménech, J.; del Castillo, D.

Hospital Universitario de San Juan de Reus, Tarragona

Objetivos. La “sleeve gastrectomy” o gastrectomía tubular, se desarrolló inicialmente como primer paso en la realización del “switch duodenal”, y algunos grupos lo realizan como primer tiempo en pacientes super-super-obesos, donde se espera una pérdida de peso inicial considerable, para realizar al cabo de unos 12 meses el segundo tiempo como by-pass biliopancreático. Así mismo, se ha observado que la “sleeve gastrectomy” como único procedimiento puede ser suficiente en un gran número de pacientes obesos mórbidos. Proponemos esta técnica en la obesidad mórbida triple (IMC > 60 Kg/m²) y en la retirada de la banda ajustable. Dicha técnica es reproducible por vía laparoscópica, teniendo en cuenta una serie de detalles técnicos

Pacientes y Métodos. La colocación del paciente es en antiTrendelemburg de 30°, y el cirujano colocado entre las piernas. Intubación orotraqueal, mediante control por broncoscopio. Se colocan 5 trócars, en unos puntos anatómicos estratégicos. Recomendamos la óptica de 30° y la utilización de un trócar óptico

para la entrada en la cavidad abdominal. La coagulación mediante la selladora (Ligasure) facilita la disección y una excelente hemostasia. Se procede siguiendo los siguientes pasos quirúrgicos:

- 1) Disección de la curvatura mayor gástrica hacia el ángulo de His, separando el ligamento gastrocólico.
- 2) Se continua la disección hasta 2-3 cm del píloro.
- 3) Sección gástrica a 3 cm del píloro con GIA de 4,8 mm, y tutorizada con una sonda de Faucher de 38 FR.
- 4) Se continua la sección gástrica con GIA 3,5 mm, comprobando la correcta posición de la sonda de Faucher, tubulizando el estómago hasta llegar al ángulo de His.
- 5) Se revisa la hemostasia, mediante puntos o aplicación de clips.
- 6) Comprobación de la estanqueidad instilando azul de metileno por la SNG.
- 7) Drenaje aspirativo tipo Jackson Pratt.
- 8) Cierre orificios de los trócares mediante visión laparoscópica.

Resultados. Se ha realizado en 32 pacientes. La media de BMI= 61 Kg/m². El curso postoperatorio fue sin incidencias en 30 pacientes. 2 se observó una fuga en la línea de grapas, que no requirió reintervención quirúrgica, cerrando a los 7 días. Un paciente tuvo que ser reintervenido por oclusión alta por vólvulo gástrico de la "sleeve gastrectomy". No hubo mortalidad, y la estancia hospitalaria de los pacientes sin incidencias (n=30) fue de 3 días. La pérdida media del exceso peso durante el primer año, ha sido superior al 60%, con una excelente calidad de vida.

Conclusiones. La sleeve gastrectomy por laparoscopia es una técnica de baja morbilidad y que consigue una buena pérdida del exceso de peso. Puede ser planteada como única intervención quirúrgica, o como primer tiempo en el marco del switch duodenal.

18. TUBO GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO (VÍDEO)

Bou, R.; Baltasar, A.; Bengochea, M.; Serra, C.; Pérez, N.
Hospital de Alcoy y Sanatorio San Jorge, Alcoy

Introducción. La Gastrectomía Tubular o Tubo gástrico (TG) es la primera parte, la restrictiva, del Cruce Duodenal una operación mixta muy efectiva para el tratamiento de la obesidad mórbida. Su realización debe ser por vía laparoscópica

Pacientes y Método. A 422 pacientes se les ha realizado un TGL (TG laparoscópico), a 96 como terapia aislada y única de su obesidad y a otros 326 pacientes formando parte del Cruce Duodenal completo. Se usan 4 trocares de 5 mm. y uno de 10 mm. para la cámara. El "trocar de trabajo" de 12 mm. entra bajo visión directa por hipocondrio derecho. El tubo gástrico es de menos de 60 cc en los TGL y de menos de 70 cc en los Cruce Duodenales. Se usa una sonda tutora en estómago de 12 mm. de diámetro. El estómago se divide con grapas azules de tres líneas que comienzan a 1 cm. de píloro. Dos suturas continuas secuenciales de la serosa cubre toda la línea de grapas que se anudan con el nudo de De Cuschieri.

Resultados. No hubo lesión alguna con el trocar de entrada de visión directa. Los pacientes con TGL fueron dados de alta a las 48 horas en el 85% de los casos, 5% a las 24 horas y el resto a los 3 días. Al alta llevan un drenaje de aspiración hasta el 8º día y toman azul de metileno oral para detectar posibles fugas. Tres pacientes con TGL sangraron, por el trocar de trabajo y uno de ellos, (IMC = 74) murió (1% de mortalidad).

Conclusiones. Aún no se ha demostrado que a largo plazo el TGL sea efectivo. A corto plazo todos los pacientes superaron el 50% de porcentaje de sobrepeso perdido. Ninguno ha requerido cirugía y su calidad de vida es excelente.

19. REINTERVENCIÓN BANDING GÁSTRICO (VÍDEO)

Blasco Blanco, M^a A.; Roca Rossellini, N.; Pujol Gebelli, J. (1); Foncillas Corvinos, J.
Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. Hospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat (1)

La colocación de la Banda Gástrica es en la actualidad la técnica de elección para el tratamiento restrictivo de la Obesidad Mórbida en nuestro Centro. El objetivo de nuestro video es mostrar como es posible convertir la técnica del Banding Gástrico por vía laparoscópica en un tubo gástrico (Gastric Sleeve)

Presentamos una paciente de 52 años, que 5 años antes, con un IMC inicial de 66,6, le fue colocada una Banda Gástrica, consiguiendo una pérdida máxima del 56,8% del sobrepeso. Posteriormente tuvo una reganancia de peso hasta alcanzar un IMC de 50 por lo que consultó en nuestra Unidad. Asimismo tenía un IAH de 60 (SAOS severo). Se le practicó bajo cirugía laparoscópica una retirada de la banda gástrica y se realizó un tubo gástrico (Gastric Sleeve), destacando que no presentó complicaciones peri ni postoperatorias.

El tubo gástrico permite una pérdida de peso en muchos casos adecuada y siempre permite una opción para la conversión en un Cruce Duodenal.

20. ¿Y DESPUES DEL FALLO DE UN DISPOSITIVO GÁSTRICO AJUSTABLE? QUE HACER (VÍDEO)

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

Introducción: Al 52% de los pacientes de nuestra serie, portadores de banda neumática ajustable, colocada como tratamiento de Obesidad mórbida, ha debido ser retirada, bien por fallo del dispositivo o por ausencia de pérdida de peso suficiente para el grado de obesidad del paciente.

Descripción: El vídeo explica la intervención quirúrgica que realizamos actualmente en el Hospital Universitario de Bellvitge, retirando el dispositivo y realizando por vía laparoscópica, una Gastroplastia tubular o un By-pass gástrico, según lo requiera el caso dependiendo del comportamiento alimentario y el peso perdido con la técnica restrictiva de la cual eran portadores.

21. BYPASS GASTRICO “MEDIDO” HERNÁNDEZ (VIDEO)

Hernández Martínez, J.; Pérez Forqués, JE.; Guirao Manzano, J, Fernández Moreno J.
Hospital de Yecla, Murcia

Antecedentes. La obesidad es patología en gran incremento y prevalencia, por lo que afecta a diversidad de enfermos, que a su vez pertenecen a distintas condiciones económicas, culturales, sociales etc. El tratamiento de tan diversos enfermos, a los cuatro años de nuestra experiencia, nos motivó al intento de un procedimiento quirúrgico eficaz, a ser posible para todo tipo de obesos y exento de alteraciones posoperatorias severas.(vg.las complicaciones nutricionales del bypass de asa muy larga o las derivadas de la cirugía malabsortiva.).

Diseñamos en 2002 el modelo, que une al pouch gástrico escaso (esencial) el dejar de asa común, la longitud de intestino que tienen las personas delgadas, excluyendo previa medición del I.D., el resto del intestino que se distribuye entre las asas biliar y alimenticia. Nuestra experiencia abarca más de 400 casos, iniciada en 2002 y con resultados, publicados, excelentes.

Técnica: Iniciamos la intervención con cuatro puertas, en el espacio infracólico. Se mide I.D. desde Treiz a segmentos de 5 cm, que limitamos entre dos pinzas con terminal de 2 cm. Decididas las medidas de las asas, se secciona el asa biliar y asciende el asa alimenticia, para efectuar la anastomosis Y-Y a 230 cm de la válvula ileocecal.

Después y con una nueva puerta (separador hepático) se obtiene el pouch gástrico, tras crear el reservorio desde la pequeña curvatura, previa introducción del cabezal del stapler EEA 25 mm, que introducimos al estómago por apertura del cuerpo, obteniendo un reservorio de aproximadamente 4 0 5 cm de longitud, y base la que limita el cabezal. Anastomosis gastroyeyunal con EEA. Sección del I.D. remanente. Control de estanqueidad aire bajo agua, Drenaje.

22. BYPASS GASTRICO DE UNA ANASTOMOSIS POR LAPAROSCOPIA (BAGUA) Y SOPORTE ROBÓTICO. EXPERIENCIA SOBRE 600 PACIENTES.

Carbajo, MA.; Ortiz, J; Garcia-Caballero, M.; Osorio, D.
Hospital Campo Grande, Valladolid. Hospital Parque San Antonio, Málaga

Objetivos: El BAGUA representa un simplificado tipo de BG que está ganando progresiva popularidad debido a ser mas fácil en su ejecución, tener menor tasa de complicaciones y excelentes resultados en pérdida de peso y calidad de vida.

Pacientes y métodos. Durante cerca de cinco años (2002-2006), un grupo de 600 pacientes con obesidad mórbida y super-mórbida fueron operados con un BAGUA. In los últimos 520 pacientes, la operación se realizó con la ayuda de un brazo robótico para el control óptico (Lap-Man). Las características de los pacientes fueron: Edad media 42 (14-73); género, 77% mujeres y 23% varones; IMC medio 47 (34-86); exceso de peso medio 63 (34-220).

La cirugía primaria fue realizada en 348 pacientes (60%). Cirugía abierta previa se había efectuado en 112 casos y procedimientos quirúrgicos asociados se añadieron en 114 enfermos. Conversiones de previos procedimientos restrictivos se efectuaron en 24 casos.

Resultados. El tiempo quirúrgico medio en cirugía primaria fue de 86 minutos (60-180); en procedimientos asociados, 112 m. (95-230) y en conversiones de 175 m. (130-240). La estancia hospitalaria media en pacientes no complicados fue de 31 horas (18-86); con complicaciones mayores, 9 días (5-32). Complicaciones: Conversión a cirugía abierta, 2 casos (0.3%). Reoperaciones inmediatas, 8

pacientes (1.3%); de ellos en 4 por hemorragia, 2 por fístula, 1 por oclusión y 1 por necrosis en la cara anterior del estómago excluido. Complicaciones mayores tratadas conservadoramente en 7 casos (1.1%); de ellas en 5 por fístula, hematoma infectado en 1 y pancreatitis aguda en 1. Mortalidad en 2 pacientes (0.3%): por tromboembolismo y por neumonía nosocomial post-reintervención.

La media del % de exceso de peso perdido en un año, 72; en dos años, 79; en tres años, 80. Media de solución o mejoría en las comorbilidades, 95%.

Conclusiones. 1.- El BAGUA es una segura, rápida y eficaz operación bariátrica en pacientes mórbidos o super-mórbidos.

2.- El BAGUA reduce la dificultad, el tiempo operatorio y las complicaciones del BGYR Standard.

3.- Las intervenciones bariátricas menos complejas tienen la oportunidad de reducir la morbi-mortalidad considerablemente después de la curva de aprendizaje.

4.- Sin embargo, incluso simplificadas formas de BG como el BAGUA, pueden desarrollar graves complicaciones.

5.- El brazo robótico para el control óptico reduce la fatiga visual, mental y corporal ostensiblemente. Acorta el tiempo quirúrgico, evita los constantes problemas de la óptica e incrementa la seguridad y eficacia del cirujano.

23. ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO ENTRE LA ANASTOMOSIS MANUAL Y CIRCULAR MECÁNICA EN EL BY-PASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

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

Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona

Objetivos. Evaluar las diferencias en el By-pass Gástrico laparoscópico entre anastomosis gastro-yeyunal Manual vs. Mecánica, con énfasis en sus complicaciones precoces.

Pacientes y métodos. Estudio prospectivo randomizado controlado durante un periodo de dos años. Seleccionando a 102 pacientes con Obesidad Mórbida e índice de masa corporal (IMC) entre 35 kg/cm² (con comorbilidades) y 50 kg/cm². Randomizándose en dos grupos: manual y mecánico, con 51 pacientes cada uno. Se realizó By-pass Gástrico laparoscópico; y evaluación de las complicaciones precoces definidas como aquellas que se presentan antes del día 30 posterior a la cirugía. El análisis estadístico se realizó con SPSS v14.

Resultados. Se incluyeron 20 hombres y 82 mujeres; 4 fueron excluidos del estudio. La edad media de la muestra es de 43,8 años, peso medio de 115 Kg. e IMC medio de 44,6 Kg./cm². No existiendo diferencias significativas entre los dos grupos. El tiempo medio de cirugía global fue de 194.7 min., con 202,9 min. en el grupo manual y 186,4 min. en el mecánico p=0,01. Las complicaciones <30 días post IQ representaron el 23,5%, siendo el 19,6% manual y el 27,5% mecánica p=0,2, presentándose un 6,9% de necesidad de reintervención con 2% en el grupo manual y 11,6% de las mecánicas p=0,05.

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

24. UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS CUBIERTAS AUTOEXPANDIBLES PARA EL TRATAMIENTO DE FUGAS GÁSTRICAS DESPUÉS DE CRUCE DUODENAL Y GASTRECTOMÍA TUBULAR

Serra Díaz C., Baltasar Torrejón A., Andreo L., Pérez Climent N., Bou Pérez R., Bengochea Cantos M. Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy. Alicante.

Introducción. El Cruce Duodenal (CD) es una de las técnicas más efectivas para el tratamiento de la obesidad mórbida (OM) y de sus comorbilidades, con índices de mortalidad inferiores al 1%, pero con una morbilidad del 9.4% (6.5% debido a fugas). La Gastrectomía Tubular Laparoscópica (GTL) empleada aisladamente o como primer paso del CD es una técnica emergente en el tratamiento de la OM. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de las fugas gástricas con prótesis cubiertas autoexpandibles (PCAE) después de CD y GTL.

Pacientes y Métodos. La incidencia de fugas en nuestros pacientes ha sido del 6.5%. Presentamos el tratamiento de cinco pacientes con fugas gástricas en el ángulo de His después de GTL (2) y de CD (3). La colocación de las PCAE se realizó con control radioscópico y fueron retiradas endoscópicamente. En el primer caso se utilizó una prótesis no cubierta que al final necesitó la realización de una

gastrectomía total. Un paciente presentó una fístula gastro-bronquial sintomática. En dos pacientes se añadió el gesto de la embolización percutánea con "microcoils" del trayecto fistuloso.

Resultados. En todos los casos las fugas fueron excluidas con las PCAE y los pacientes fueron capaces de tolerar una dieta triturada. El paciente tratado con una prótesis no cubierta precisó la realización de una gastrectomía total y en uno de los casos se ha conseguido un sellado completo de la fuga gástrica después de retirar la PCAE. Un paciente necesitó recolocar la PCAE debido a persistencia de la fuga tras retirar la prótesis. Actualmente tenemos a tres pacientes en espera de retirar endoscópicamente la PCAE.

Conclusiones. Las PCAE se utilizaron inicialmente para el tratamiento de las estenosis benignas y malignas del tracto digestivo y se proponen ahora como una alternativa terapéutica para el manejo de las fugas gastrointestinales después de cirugía bariátrica. Se precisa de una mayor experiencia con estudios controlados para definir con exactitud el tiempo óptimo para la retirada de las PCAE y el papel de la embolización con "microcoils" en el manejo de estas fístulas.

25. CONVERSIÓN DE GASTROPLASTIA VERTICAL ANILLADA ABIERTA A BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO CON BANDA (VÍDEO)

Cruz Vigo, JL. (1); Cruz Vigo, F. (2); Sanz de la Morena, P. (1); Martínez Pueyo, JI. (2); Canga Presa, JM. (1)

Clínica San Francisco, León (1). Sanatorio Nuestra Señora del Rosario y Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid (2)

Objetivos. Las técnicas restrictivas en cirugía de la obesidad obtienen una pérdida de peso satisfactoria en el seguimiento a corto plazo pero, tras los dos primeros años, la reganancia de peso es frecuente. Las causas son: disrupción del grapado, defectos técnicos o el paso a una alimentación aberrante.

Pacientes y Métodos. Mujer de 25 años a la que, cinco años antes, se había realizado una gastroplastia vertical tipo Eckhout con anillado metálico de 4,7 cm. Después de perder 27 kg, vuelve a ganar peso hasta alcanzar su IMC previo (41,8). El tránsito esófago-gástrico con bario muestra una bolsa gástrica grande, que incluye parte del fundus gástrico, y un estoma estrecho con un anillo metálico. Se utilizan cinco trocares para el abordaje laparoscópico. Se liberan las adherencias hepatogástricas y se realiza una bolsa seccionada por dentro del gran reservorio de la gastroplastia. Se coloca una malla de polipropileno de 6,5 cm alrededor de la bolsa y se practica una gastroyeyunostomía en Y de Roux, antecólica, antegástrica, con grapadora lineal. La longitud del asa biliopancreática es de 40 cm y la alimentaria de 100 cm. Se deja un drenaje de Penrose por encima del reservorio, hasta el espacio subfrénico izquierdo.

Resultados. El postoperatorio transcurre sin incidencias. A las 24 h. el tránsito con Gastrografin es normal, iniciándose la tolerancia a líquidos. La estancia hospitalaria es tres días. El drenaje se retira al quinto día.

Conclusiones. La conversión laparoscópica de una gastroplastia vertical abierta a un bypass gástrico laparoscópico es factible y segura, aunque técnicamente compleja.

COMUNICACIONES ACEPTADAS NO SELECCIONADAS PARA PRESENTACION

26. TRATAMIENTO SIMULTANEO DE ACHALASIA Y OBESIDAD MORBIDA (VÍDEO)

Cruz Vigo, F. (1); Cruz Vigo, JL. (2); Sanz de la Morena, P. (2); Martín Rubio, J. (1); Gutiérrez, M. (1)
Nuestra Señora del Rosario Hospital y Hospital 12 de Octubre, Madrid (1). Hospital San Francisco, León (2).

Objetivos. Es muy infrecuente la asociación de achalasia y obesidad mórbida en el mismo paciente. La bibliografía es escasa y heterogénea a la hora de resolver el problema. En el video mostramos como hemos tratado esta doble patología simultáneamente.

Caso clínico. Varón de 52 años, diagnosticado de achalasia mediante, papilla de bario, endoscopia, manometría y Ph metría esofágica, tratado sin éxito con dos dilataciones. Consulta para Cirugía. Tiene un IMC de 44.6, hipertensión, apnea del sueño, hiperglucemia y anemia, considerada secundaria a su achalasia. Se le recomienda el tratamiento quirúrgico simultáneo de las dos patologías.

Técnica. Utilizando 6 trócares, se realiza una miotomía de Heller de 7-8 cm con control endoscópico intraoperatorio, sin añadir técnica antirreflujo. Una bolsa vertical de 10-15 cm es creada en la curvatura menor gástrica utilizando grapadoras lineales. El asa alimentaria que mide 125cm es colocada en situación antecólica antegástrica y realizada la gastroyeyunostomía. Mediante insuflación endoscópica, se comprueba la estanqueidad de la miotomía y de la anastomosis. Se deja un drenaje aspirativo. A las 24 horas el tránsito con Gastrografin es normal y el paciente comienza con dieta líquida. Es dado de alta al tercer día postoperatorio. El cuarto día presenta fiebre y leucocitosis. Tanto el tránsito con Gastrografin

como el TAC demuestran una fuga en el esófago distal. El paciente es reoperado por laparoscopia, suturando una perforación de 5mm, dejando un drenaje en la zona y realizando una gastrostomía. Estancia hospitalaria 15 días. Seis meses tras la cirugía la deglución es completamente normal, habiendo perdido peso adecuadamente.

Conclusiones. La infrecuente asociación entre achalasia y obesidad mórbida, debe ser tratada simultáneamente y puede ser realizada por laparoscopia. El bypass gástrico actúa de mecanismo antirreflujo. Probablemente, la ingesta oral deba ser aplazada unos días.

27. PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO (VÍDEO)

Cruz Vigo, JL. (1); Cruz Vigo, F. (2); Sanz de la Morena, P. (1); Canga Presa, JM. (1); Gomez Rodriguez, P. (2)

Clínica San Francisco, León (1). Sanatorio Nuestra Señora del Rosario y Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid (2)

Objetivo. mostrar en este video cómo prevenir las principales complicaciones quirúrgicas relacionadas con el Bypass Gástrico laparoscópico que son la fístula, la obstrucción y la hemorragia.

Pacientes y métodos. La fístula sigue siendo la complicación quirúrgica más temida, con una incidencia de 1%-5%, y una mortalidad por fístula que oscila entre 12%-37%. Revisamos los 5 puntos en los que se basa nuestra experiencia : sutura continua de la línea de sección vertical del reservorio, revisión del tensado de la sutura continua manual de la anastomosis gastro-yeyunal, test intraoperatorio de azul de metileno, drenaje aspirativo perianastomótico y tránsito postoperatorio a las 24 horas. La obstrucción postoperatoria, sobre todo cómo hernia interna, se ha considerado casi una complicación exclusiva de la vía laparoscópica. Se muestran los tres lugares dónde puede producirse : mesocolon transversal, mesenterio y espacio de Petersen. El cambio de vía retrocólica a antecólica ha hecho desaparecer la hernia transmesocólica. La sutura del mesenterio con material irreabsorbible no ha producido ninguna hernia por ese lugar. Nosotros no cerramos el espacio de Petersen y hemos tenido 2 hernias a través de él. La incidencia de hemorragia intraluminal e intraabdominal en el Bypass Gástrico por laparoscopia oscila entre el 1% y 10%, oscilando el índice de reintervención entre el 0% y el 50%. Exponemos cómo la devascularización de la cara posterior del reservorio en la zona de la futura anastomosis, puede disminuir y minimizar la hemorragia intraluminal.

Resultados. Con ello incidencia de fístula ha sido de 1.5% (1.2% en la línea de sección vertical y 0.3% en la anastomosis reservorio yeyunal) y mortalidad por fístula 0%. La incidencia de hernia interna en nuestra serie es del 0.8% (1.1% en vía retrocólica y 0.5% en vía antecólica). Incidencia de hemorragia 2.8%, índice de reintervención 0%.

28. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA DE PETERSEN (VÍDEO)

Cruz Vigo, JL. (1); Cruz Vigo, F. (2); Sanz de la Morena, P. (1); Canga Presa, JM. (1); Beteta, A. (2)

Hospital San Francisco, León (1). Nuestra Señora del Rosario Hospital y Hospital 12 de Octubre, Madrid (2)

Objetivo. La hernia interna es una complicación del bypass gástrico por laparoscopia. A veces en el postoperatorio inmediato, pero, más frecuentemente durante el seguimiento. La colocación en posición antecólica del asa en Y de Roux, ha reducido la incidencia de esta complicación, sin llegar a hacerla desaparecer

Caso clínico. Paciente femenina de 40 años, intervenida tres años atrás por obesidad, realizándose bypass gástrico con banda por laparoscopia con asa en posición antecólica, transcurriendo normal el postoperatorio. Peso inicial 107 kg e IMC: 42.4. En el momento de la reintervención, peso 72kg (IMC: 28.5). Admitida en el hospital con dolor abdominal, náusea y vómitos. Tanto la radiología simple de abdomen como el TAC abdominal no son concluyentes de patología abdominal. La persistencia del cuadro clínico y el alto índice de sospecha detreminan la exploración laparoscópica.

Técnica. Se utilizan cuatro trócares. El intestino delgado está dilatado y edematoso con cierto grado de estasis vasculares difícil identificar la causa del problema. Se explora el intestino desde la válvula ileocecal en sentido proximal, hasta conseguir extraer todo el contenido intestinal herniado por el espacio de Petersen. El estasis venoso desaparece rápidamente. El espacio de Petersen es cerrado con una sutura continua irreabsorbible. La evolución es normal siendo alta a las 24 horas.

Conclusion. Es necesario un alto índice de sospecha para diagnosticar una hernia interna después de un bypass gástrico por laparoscopia, no debiendo demorar la cirugía para evitar complicaciones más severas.

29. ANASTOMOSIS “EN BESO” PARA LA MALNUTRICIÓN PROTEICA (VÍDEO)

Bengochea, M.; Baltasar, A.; Bou, R.; Serra, C.; Pérez, N.
Hospital de Alcoy y Sanatorio San Jorge, Alcoy.

Introducción. La malnutrición proteica (MP) es una complicación muy grave en las operaciones complejas con componente mal-absortivo.

Pacientes y Método. Diez pacientes han sido diagnosticados de MP entre 842 operados por obesidad con Cruce Duodenal. Seis de ellos fueron intervenidos para corregirles dicha alteración. A cuatro pacientes se les hizo un alargamiento del Asa Común dividiendo el Asa Digestiva y subiéndola de forma termino-lateral 100 cm. proximales en el Asa Bilio-pancreática. A dos pacientes se les ha hecho una anastomosis latero-lateral “en beso” a 100 cm. de la unión digestiva y bilio-pancreática en dos planos. Se penetra por hipocondrio izquierdo con el trocar óptico. Se utiliza otro trocar de 10mm. de trabajo y dos trocares más de 5m. Es muy importante identificar y marcar con clips los segmentos para mantener la alineación del intestino y evitar su rotación.

Resultados. Se presenta en video la realización de la operación. La paciente presentada fue alta a las 24 horas de la intervención y la MP se corrigió en dos meses.

Conclusión. La MP aún siendo una grave complicación del Cruce Duodenal o de otras intervenciones mal-absortivas puede ser corregida con una simple intervención por laparoscopia. Así lo más grave de la MP es su tardío diagnóstico pero no su tratamiento.

30. BYPASS GÁSTRICO CON BANDA POR LAPAROSCÓPIA: 800 casos.

Cruz Vigo, JL. (1); Cruz Vigo, F. (2); Sanz de la Morena, P. (1); Canga Presa, JM. (1); Martínez Pueyo, JL. (2); Zarate, M. (2)
Clínica San Francisco, León (1). Sanatorio Nuestra Señora del Rosario y Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid (2)

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

Pacientes y método: desde junio 1999 hasta diciembre 2006, 800 pacientes han sido intervenidos con la técnica de bypass gástrico con banda por laparoscopia, en 276 con asa en situación retrocólica-retrogástrica y en 436 con asa antecólica-antegástrica. La longitud del asa en Y de Roux fue de 150cm en sujetos con IMC>50 estando comprendida entre 100 y 145 cm en el resto. El IMC medio fue de 46 kg/m², siendo el 79% mujeres. Correspondían a superobesos (IMC>50) 219 pacientes. Se detectaron 2320 comorbilidades.

Resultados. Tiempo operatorio 139 minutos. Conversión (0.1%). Mortalidad 1 caso (0.1%). Setenta pacientes (8.8%) han presentado alguna complicación en algún momento de su evolución, 45(5.7%) en el postoperatorio inmediato(30 días) y el resto tardíamente. Se han considerado complicaciones mayores el 3.9% y menores el 4.9%. Las mayores corresponden a fistula 13 casos (1.8%), hernia interna 6 casos, absceso intraabdominal 3 casos, sutura de la sonda nasogastrica 1 caso, retirada de banda infectada 1 caso y un último paciente con dilatación gástrica aguda no obstructiva. Veintiuno (2.6%) debieron ser reoperados, 12 en el postoperatorio inmediato y 9 tardíamente. La complicación tardía más frecuente ha sido estenosis (1.6%), seguido por la hernia interna 4 casos (0.5%). La estancia media hospitalaria ha sido de 3.4 días. Con un seguimiento del 89% el exceso de peso perdido (EPP) ha sido de 76%, 80%, 78%,76%, 77% a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses respectivamente.

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

31. FLUJOGRAMA UTILIZADO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA, PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE OBESO MÓRBIDO

Martín-Lorenzo, J. G.; Lirón-Ruiz; R.; Torralba-Martínez, J. A.; Bento-Gerard, M.; Flores-Pastor, B.; Campillo-Soto, A.; del Pozo-Gil de Pareja, P.; Aguayo-Albasini, JL.
Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia

Objetivos: Exponer las etapas del proceso “cirugía bariátrica” en nuestro hospital, detallando las diferentes tareas que se realizan en cada una de las mismas. Presentar un modelo de flujograma para la cirugía bariátrica. Valorar la repercusión de los acuerdos logrados en la gestión del proceso.

Material y métodos. Constitución del grupo de trabajo para diseñar el modelo de flujograma, compuesto por dos cirujanos, un médico de familia, un endocrinólogo, un psiquiatra, un digestólogo, un anestésista, un intensivista y una enfermera. Se emplearon técnicas cualitativas de análisis del proceso y estudio bibliográfico. La repercusión se evaluó con una escala tipo Likert 1-5.

Resultados. Los candidatos a cirugía bariátrica son enviados a la consulta de endocrinología. Si cumplen criterios de inclusión, y tras valoración por psiquiatría, se remiten a cirugía general; algunos con IMC > 55 y patología severa concomitante, se remiten a digestivo para valoración de colocación de balón intragástrico transitorio. Desde la consulta de cirugía se coordina la valoración del riesgo quirúrgico por el anestésista y, en ocasiones, con la participación de cardiología y neumología. Las tareas que desarrolla cada una de las partes actoras están acordadas y escritas: Endocrinólogo: comprobación del IMC, descartar obesidad secundaria, etc. Psiquiatra: inexistencia de psicosis, trastorno compulsivo alimentario activo, etc. Cirujano: información sobre el procedimiento quirúrgico, aceptación de la cirugía y sus secuelas, solicitud de estudios digestivos, etc. Digestólogo: endoscopia alta previa, colocación/extracción del balón en su caso, etc. Anestésista: valoración del riesgo quirúrgico, aceptación del procedimiento anestésico, consideración de consulta con cardiología (evaluación cardiaca y ecocardiografía) y neumología (estudio del sueño); intensivista: recepción postoperatoria y cuidados del paciente al menos 24 horas. El flujograma esquematiza los diferentes pasos y tareas anteriormente descritas.

Conclusiones. Plantearse en sí mismo la gestión de un proceso tiene valor propio. La sistematización de la secuencia del proceso “cirugía bariátrica” elimina tareas y pasos sin valor añadido, incrementa la coordinación, mejora la seguridad y consigue la satisfacción de los profesionales intervinientes.

2. COMUNICACIONES POSTER

Jueves, 8 de Marzo (14h30). Lugar: área de exposición

Coordinan: Dres Bertomeu, Jiménez Miramon y Maillo

CLINICOS. Modera Dra Otero

1. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Vázquez Prado, A. (1); Montalvá Orón, E.M. (2); Mir Labrador, J. (1); de Tursi Ríspoli, L. (1); Ismail Mahmoud, A. (1); Redondo Cano, C. (1)

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia (1); Hospital Universitario La Fé, Valencia (2)

Objetivo. Valorar los resultados en la cirugía de la obesidad mórbida (técnica de cruce duodenal) tras la implementación de una guía clínica.

Pacientes y métodos. Se comparan los resultados de dos periodos diferentes, pre y post implementación de una guía clínica, en el tratamiento quirúrgico mediante el cruce duodenal de la obesidad mórbida, valorando las características de los pacientes en ambos grupos (edad, sexo, IMC, comorbilidades, ASA) y los resultados obtenidos en cuanto a morbi-mortalidad operatoria, complicaciones a largo plazo, pérdida de peso (porcentaje de sobrepeso perdido y porcentaje de IMC perdido) y calidad de vida. Se estudia un total de 118 pacientes intervenidos mediante la técnica del cruce duodenal, entre los años 2001-2005, de los que 64 componen el grupo pre guía clínica (2001-2003) y 54 el grupo post implementación de la guía (2004-2005).

Resultados. No hubo variación en cuanto a la pérdida de peso, curación de las comorbilidades, trastornos metabólicos ocasionados por la malabsorción y la restricción gástrica y calidad de vida. Sin embargo se registró un descenso importante de la morbi-mortalidad postoperatoria, pasando del 7,8% de mortalidad en el grupo pre guía clínica al 0% en el grupo post implementación y del 32,8% de morbilidad en el grupo pre al 3,7% en el grupo post.

Conclusiones. La implementación de la guía clínica para la obesidad mórbida ha supuesto un mejor manejo y control de los pacientes, de modo que se ha obtenido una mejoría considerable en los resultados operatorios.

2. EVOLUCIÓN DE LAS COMORBILIDADES DE LA OBESIDAD MÓRBIDA TRAS CIRUGÍA MEDIANTE LA TÉCNICA DEL CRUCE DUODENAL

Vázquez Prado, A. (1); Montalvá Orón, E.M. (2); de Tursi Ríspoli, L. (1); Ismail Mahmoud, A. (1); Redondo Cano, C. (1)

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia (1); Hospital Universitario La Fé, Valencia (2)

Objetivo. Valorar la evolución de las comorbilidades que presentan los pacientes afectos de obesidad mórbida e intervenidos quirúrgicamente mediante la técnica del cruce duodenal.

Pacientes y métodos. En una serie de 118 pacientes, describimos la evolución de las medidas antropométricas y las comorbilidades asociadas, a los 3, 6, 12, 24 y 36 meses postoperatorios.

Resultados. Durante un periodo de 5 años (2001-2005), se han intervenido 118 pacientes con un peso medio de 132,3 Kg, un IMC medio de 49,7 y un sobrepeso medio de 69,1 Kg. Todos los pacientes han sido seguidos al menos dos años, excepto 18 intervenidos en el 2005. Un total de 104 pacientes (88,1%) presentaba alguna comorbilidad, siendo la más frecuente la HTA (48%), seguida de la alteración osteoarticular (32,7%), dislipemia (28,8%), diabetes (27,8%), SAOS (19,2%), insuficiencia venosa (16,3%) y RGE (6,7%). Un 75,9% presentó curación de sus comorbilidades, un 14,4% presentó mejoría y un 9,6% no mejoró. De los 79 pacientes con curación de su comorbilidad, a los 3 meses postoperatorios lo estaban 53 (67%), siendo en este momento el valor medio del sobrepeso perdido (%SPP) de 31 y el % de IMC perdido del 40,3%. A los 12 meses, un 78,5% de pacientes presentaron curación, siendo el %SPP de 61,6 y el % de IMC perdido de 70,4%. A los 2 años era el 89,8% de pacientes, siendo al valor medio del % de IMC perdido de 97,9 %, y el % SPP de 74,8. La curación se registró en el 95% a los 3 años, siendo entonces el valor medio del % de IMC perdido de 90,5% y el % SPP de 69. Analizando cada comorbilidad, objetivamos que la HTA no mejoró en el 4% de los pacientes, un 40% curó al tercer mes, un 66% a los 6 meses, un 84% al año y un 96% a los dos años. La diabetes mejoró en el 100% de casos, con curación del 93% (50% al tercer mes). La dislipemia se normalizó en el 93% de los pacientes, el 33% lo hizo al tercer mes, el 76,6% lo hizo al año, el 83,3% a los dos años. El SAOS se normalizó en el 95% de los pacientes (45% al tercer mes). Por tanto, con una media de pérdida de 25 Kg a los tres meses postoperatorios, se obtiene un 51% de curación (% de pérdida de IMC: 40,3), con una pérdida de 36 Kg en 6 meses (% de pérdida de IMC: 56,7%) se obtiene una curación del 60% y con una pérdida de 45 Kg en un año se obtiene una curación del 65,3% (% de pérdida de IMC: 70,4%). La pérdida mayor de peso fue a los 2 años, con un % de SPP de 74,8% y un % de IMC perdido del 90,5%, lo que se correspondió con una tasa de curación del 76%.

Conclusiones. En nuestro estudio, la curación de la mayoría de comorbilidades empezó al tercer mes, con una pérdida de 25 Kg con respecto al peso inicial, ocurriendo la mayor tasa de curación a los dos años. Existe una relación directa entre la pérdida de peso tras la cirugía bariátrica y la curación de las comorbilidades.

3. BYPASS GÁSTRICO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA Y LA SUPEROBESIDAD: ESTUDIO COMPARATIVO

Carvajal Balaguera, J.; Martín García-Almenta, M.; Oliart Delgado de Torres, S.; Camuñas Segovia, J.; Peña Gamarra, L.; Fernández Isabel, P.; Gómez Maestro, P.; Prieto Sánchez, A.; Viso Ciudad, S.; Cerquella Hernández, C. M.

Hospital Central de La Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid

Introducción: El Bypass Gástrico (BG) constituye el tratamiento quirúrgico de elección de la obesidad mórbida (IMC < 50), sin embargo existen dudas sobre su efectividad en la súperobesidad (IMC > 50).

Objetivo: El objetivo de éste trabajo es el de analizar los resultados de pérdida de peso de los primeros 52 Bypass Gástricos abiertos consecutivos de nuestra serie y comparar las pérdidas de peso en obesos mórbidos (OM) y superobesos (SO), para determinar si los pacientes superobesos pierden suficiente peso con nuestra técnica o por el contrario sería más recomendable otra técnica más malaabsortiva, como recomiendan algunos autores.

Pacientes y método. Estudio retrospectivo de los primeros 52 pacientes intervenidos de BG por vía abierta. Se comparan las pérdidas de peso de 32 pacientes con OM y 20 con SO a 60 meses de seguimiento. Los parámetros analizados son edad, sexo, talla, peso inicial, peso actual, IMC inicial, IMC actual, % del IMC perdido, % del sobrepeso perdido (%SPP), incidencia de hernia incisional, tolerancia alimentaria y alteraciones metabólicas. El componente malabsortivo asociado a los paciente SO era una Y de Roux de 150 a 200 cm. de pié de asa y en los pacientes con OM el pié de asa estaba entre 100 y 150 cm. Los resultados se comparan mediante el test estadístico del chi² para porcentajes y la U de Mann Whitney para medias numéricas.

Resultados. Los grupos son homogéneos en cuanto a edad media, sexo y talla. En el grupo de OM el peso inicial es de 121,5 Kg, IMC inicial 45, IMC actual 28,9, la pérdida media de peso a 5 años es de 48 Kg; la pérdida porcentual del exceso de IMC es del 80% y la pérdida porcentual del exceso de peso es

del 74,6%. En el grupo de SO el peso inicial es de 142,7 Kg, IMC inicial 54,9, IMC actual 34,9, la pérdida media de peso a 5 años es de 54 Kg; la pérdida porcentual del exceso de IMC es del 65,3% y la pérdida porcentual del exceso de peso es del 63,2%. Las diferencias en cuanto a resultados ponderales resultan estadísticamente significativas en los dos grupos ($P < 0,05$), sin embargo la tasa de éxitos, según el parámetro clásico de pérdida de más del 50% del exceso de peso, es superior al 90% en ambos grupos. Los resultados del estudio sobre la presencia de hernia incisional postoperatoria, tolerancia alimentaria y alteraciones metabólicas, indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

Conclusiones: El BG es una técnica eficaz en el tratamiento quirúrgico de la obesidad tanto en el paciente con obesidad mórbida, como en el paciente con superobesidad, siempre que se aplique en estos últimos un mayor grado de malabsorción. No existe diferencia en la morbilidad tardía entre los grupos.

4. CIRUGIA BARIATRICA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO

Rodríguez Ballester, L.; Martín Malagón, A.; Hernández Piñero, Y.; Alarcó Hernández, A.

Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife

Objetivo. Análisis de los resultados de nuestra experiencia inicial en cirugía bariátrica (bypass biliopancreático de Scopinaro con respecto a la pérdida ponderal, las comorbilidades asociadas y las complicaciones derivadas de este tipo de cirugía.

Pacientes y método: Desde el año 2000 al 2003 se han intervenido 38 pacientes en nuestro centro. La distribución por sexos fue la siguiente: 74% mujeres con una edad media de 39.9 y IMC medio de 49.86 Kg/m², 26% varones con una edad media de 40 y un IMC medio de 57.58 Kg/m². Las comorbilidades estudiadas fueron: Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial y Apnea obstructiva del sueño.

Resultados: La HTA se corrigió en el 54% de los pacientes y mejoró en un 41.6%. La DM desapareció en el 81.2% y mejoró en el 12.5% de los pacientes, la apnea del sueño se curó en el 100%. La morbilidad postoperatoria fue la siguiente: infección de la herida quirúrgica en 13.5%; dehiscencia anastomótica en un 0%; edema de boca anastomótica en 7.8%. Un paciente presentó edema agudo de pulmón y otro un ictus, ambos se recuperaron. No hubo reintervenciones en el postoperatorio inmediato y ningún paciente falleció. Las complicaciones a medio plazo fueron: 1 paciente presentó úlcera de neoboca, 1 paciente tuvo que ser reintervenido al año de la intervención por una hernia interna, no hubieron estenosis de anastomosis ni hipoproteinemias graves. A largo plazo: el 28.9% presentaron eventraciones. El principal déficit malabsortivo fue la anemia ferropénica en un 31%, déficit de vit D en un 20%, déficit de vitamina B 12 en el 5%, déficit de vitamina K y de ácido fólico en un 2% de los pacientes. En cuanto al número y características de las deposiciones, la media fue de 3.8 deposiciones blandas y malolientes diarias, sólo un paciente presentó diarreas persistentes.

La media de porcentaje de peso perdido fue del 55.4 % en el primer año y del 65.31% en el segundo año. El test de BAROS determinó unos resultados excelentes en un 10.5%, muy buenos en el 52.6%, buenos en el 34.2%, y regular en un 2.6%

Conclusiones. La DBP parece demostrar resultados satisfactorios en cuanto a la pérdida de peso y corrección de comorbilidades asociadas a la obesidad a medio-largo plazo, aunque debe haber un seguimiento estricto de los posibles trastornos metabólicos. El principal inconveniente es la alta tasa de eventraciones.

5. DESLIZAMIENTO DE BANDA GASTRICA EN EL EMBARAZO

Romeo, I.; Artieda, C.; Yárnoz, C.; Díaz de Liaño, A.; Larrañaga, C.; Artajona, A.; González Álvarez, G.; Pérez Omeñaca, F.; Ortiz, H.

Hospital Virgen del Camino, Pamplona

Antecedentes. El deslizamiento gástrico o "slippage" es una de las complicaciones más comunes en el tratamiento de la obesidad mórbida con banda gástrica ajustable. Presentamos un caso que presentó ciertas peculiaridades para el diagnóstico diferencial y el tratamiento, debido que la paciente se encontraba embarazada.

Caso clínico. Paciente mujer de 35 años gestante de 23 semanas que ingresa en el Hospital por pérdida de conciencia, taquicardia y vómitos incoercibles. Como antecedentes presenta colocación de banda gástrica ajustable por laparoscopia 6 meses antes sin complicaciones; hacía tres semanas que se había desinflado la banda. Dos semanas antes la paciente ingreso en el Servicio de Obstetricia por cuadro de vómitos inicialmente etiquetados de hiperemesis gravídica. Al ingreso en el análisis realizado de urgencia se detectó leucocitosis con desviación izquierda, hipopotasemia, y cifras elevadas de amilasa, lipasa y transaminasas. Se practicó ecografía abdominal objetivando únicamente barro biliar. Ante la imposibilidad de realizar tránsito digestivo superior por el embarazo, se realizó una endoscopia superior

(Esofagitis grado I/IV, estomago retencionista, en cuerpo gástrico en la unión con antro gástrico los pliegues confluyen no observándose el paso a antro) y una resonancia magnética (Zona de desplazamiento de la banda y obstrucción parcial gástrica). La paciente fue intervenida realizándose una laparotomía media supraumbilical, se encontró el estomago deslizado a través de la banda que fue retirada. La evolución postoperatoria de la paciente ha sido satisfactoria cediendo por completo la clínica emética y con buen desarrollo fetal.

6. NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL CON LA BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE

Rodríguez Velasco, G.; Mendía Conde, E.; Peromingo Fresneda, R.; Priego Jiménez, P.; Losa Boñar, N.; García Teruel, D.; Ramiro, C.; Molina Villar, J.M.; Fresneda, V.
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Introducción: La banda gástrica ajustable es una tira de silicona con una cámara interior expandible que al cerrarse deja un anillo de unos 10 cm. Está conectada por uno de sus extremos a un tubo hueco que comunica la sección inflable de la banda con un reservorio que permitirá el ajuste percutáneo del diámetro del anillo. Su colocación es sin duda la opción técnica más sencilla dentro de la cirugía bariátrica: el estomago no se abre ni se corta ni se grapa, no existen anastomosis y no se modifica la absorción de los alimentos. La pérdida de peso es menor que con técnicas más complejas por lo que hay que seleccionar muy bien los casos.

Pacientes y métodos: Revisión retrospectiva de los enfermos intervenidos por obesidad mórbida en nuestro hospital a los que se les colocó Banda gástrica ajustable por vía laparoscópica. Los datos recogidos son: edad, sexo, antecedentes personales, comorbilidad asociada a la obesidad, IMC, técnica quirúrgica, duración de la intervención, estancia hospitalaria, complicaciones intra y postoperatorias y seguimiento posterior.

Resultados. Llevamos colocadas 15 bandas gástricas (8 mujeres/7 hombres) con una edad media de 38'62 años. En todos los casos se realiza la misma técnica quirúrgica con una duración media de 42 minutos. La estancia hospitalaria 48 horas. En un caso ha sido preciso retirar la banda por intolerancia.

Conclusiones:

- Es una técnica sencilla, reversible, con poco riesgo quirúrgico, con unas tasas de complicaciones sensiblemente inferiores y una menor estancia hospitalaria
- Pese a nuestra corta experiencia creemos que pacientes muy seleccionados, que entiendan las limitaciones de la técnica, se pueden beneficiar de la banda: pacientes colaboradores, no picoteadores ni comedores de dulces mayores de 65 años, jóvenes, aquellos con IMC< 40 con comorbilidad asociada o pacientes con elevado riesgo quirúrgico.

7. REDUCCIÓN DEL SANGRADO POSTQUIRÚRGICO CON LA UTILIZACIÓN DE SEAMGUARD EN EL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Rodríguez Velasco, G.; Mendía Conde, E.; Peromingo Fresneda, R.; Priego Jiménez, P.; Losa Boñar, N.; García Teruel, D.; Ramiro, C.; Molina Villar, J.M.; Fresneda, V.
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Introducción. El sangrado postquirúrgico a nivel de la línea de sección gástrica es una de las principales complicaciones del Bypass gástrico laparoscópico. Existen materiales diseñados para reforzar la línea de grapado y minimizar esta complicación siendo el Seamguard® uno ellos. Es un material bioabsorbible compuesto de ácido poliglicólico y carbonato de trimetileno utilizado para el refuerzo de la línea de grapado en procedimientos quirúrgicos que requieran transección o resección de tejidos blandos (Principalmente resecciones pulmonares y cirugía bariátrica)

Pacientes y métodos: Revisión retrospectiva de la serie de By pass gástrico laparoscópico de nuestro hospital comparando los casos de sangrado postquirúrgico en los pacientes en los que no se utilizó Seamguard® y en los que se reforzó la línea de sección gástrica con este material.

Resultados. Hasta el momento actual llevamos realizados 125 By pass gástricos por vía laparoscópica, en los 45 primeros enfermos no se utilizó Seamguard® para reforzar la línea de grapas al realizar el reservorio gástrico, a partir del caso nº 46 utilizamos siempre este material a la hora de seccionar el estómago para hacer el reservorio. En los primeros 45 casos encontramos 2 casos de sangrado postquirúrgico del borde de sección gástrica que requirieron reintervención y un caso que presentó melenas sin inestabilización hemodinámica y que se controló con vigilancia en UCI y transfusión de 2 concentrados de hemáties. Desde que comenzamos a utilizar el Seamguard® no tenemos registrada ninguna complicación relacionada con el sangrado del borde de sección gástrica.

Conclusiones: Creemos que el uso de materiales bioabsorbibles como el Seamgard® es útil para minimizar el riesgo de sangrado postquirúrgico relacionado con el uso de endograpadoras en estos enfermos.

8. BY-PASS GÁSTRICO. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL EN EL POSTPERATORIO INMEDIATO.

Torralba-Martínez, J.A.; Martín-Lorenzo, J.G.; Lirón-Ruiz, R.; Bento-Gerard, M.; Miquel-Perelló, J.A.; Campillo-Soto, A.; del Pozo-Gil de Pareja, P.; Mengual-Ballester M.; Aguayo-Albasini, J.L.
Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia

Introducción: La hemorragia digestiva en el postoperatorio inmediato de un By-pass gástrico, por obesidad mórbida, es una complicación relativamente poco frecuente pero, en algunos casos, dramática y de difícil manejo diagnóstico y terapéutico. Presentamos nuestra casuística en una serie de 116 casos de By-pass gástricos y el manejo realizado.

Pacientes y métodos: Desde Enero 1999 a Diciembre 2006, hemos realizado 116 By-pass gástricos (53 por laparotomía y 63 por laparoscopia). En 7 casos se presentó una hemorragia gastrointestinal dentro de los 7 primeros días del postoperatorio. 3 eran varones y 4 mujeres, con una edad media de 44 años, 2 habían sido operados por laparotomía y 5 por laparoscopia. Se describen los 7 casos, analizando la necesidad de transfusión, su manejo diagnóstico y terapéutico, así como su posterior seguimiento.

Resultados: En 5 casos fue preciso la transfusión sanguínea. En 4 pacientes la hemorragia se autolimitó con medidas conservadoras y en los otros 3 se realizó una gastroscopia por persistencia de la hemorragia, evidenciando en un caso un sangrado en la línea de la anastomosis gastro-yeyunal y en otro una úlcera en la anastomosis y recibiendo ambos esclerosis con adrenalina, cesando la hemorragia. En el tercer caso y en shock hipovolémico, el paciente precisó ser reoperado, realizándose la gastroscopia en el quirófano que evidenció abundante sangre en la bolsa gástrica sin ver claramente el origen del sangrado, aunque sospechándose este a nivel de la anastomosis gastro-yeyunal. Los 2 pacientes que fueron esclerosados presentaron, en su seguimiento, una estenosis de la anastomosis gastro-yeyunal que precisó dilatación endoscópica, y el paciente reintervenido presentó, a los once meses de la intervención, una HDA por una úlcera a nivel de la anastomosis gastro-yeyunal.

Conclusión. La hemorragia digestiva precoz en los pacientes con By-pass gástrico puede ser una grave complicación, que habitualmente precisa de transfusión sanguínea, recomendándose su ingreso en la UCI para su monitorización y control. En caso de persistencia del sangrado puede ser necesaria la realización de una gastroscopia para el diagnóstico y tratamiento de la lesión, realizada por un endoscopista experto y con control de la presión de insuflación para no dañar las diferentes suturas del bolsón gástrico.

COMPLICACIONES. Modera Dr. Calvo

9. ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE TRAS BY PASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Rodríguez Velasco, G.; Mendía Conde, E.; Peromingo Fresneda, R.; Priego Jiménez, P.; Losa Boñar, N.; García Teruel, D.; Ramiro, C.; Molina Villar, J.M.; Fresneda, V.
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Introducción. La encefalopatía de Wernicke, secundaria al déficit de tiamina (Vitamina B1), es una complicación infrecuente tras la cirugía bariátrica. La etiología está en relación con la combinación de hábitos alimentarios inadecuados, sobre todo tras cirugías restrictivas, y complicaciones mecánicas que dan lugar a vómitos postprandiales e intolerancia alimentaria. Cursa fundamentalmente con visión doble, ataxia, nistagmus, confusión y poli neuropatía principalmente de miembros inferiores tanto sensitiva como motora. Para evitar esta complicación se recomienda profilaxis con tiamina en pacientes con hiperemesis, pudiendo precisar, en caso de aparición de sintomatología, ingreso para tratamiento intravenoso.

Caso clínico. Mujer de 36 años intervenida por obesidad mórbida 2 meses atrás, (Peso: 86,5 Kg. /Talla: 1,45 cm. /I.M.C: 41,29) realizándose By pass gástrico laparoscópico que consulta por sensación de mareo e inestabilidad con visión borrosa de 15 días de evolución. Desde la cirugía presenta vómitos repetidos, 2-3 veces al día, con EGD y endoscopia sin evidencia de complicaciones. En la exploración destaca nistagmo horizontal, paresia de VI par craneal bilateral, amnesia de fijación y bradipsiquia. Se realizan TAC craneal, RMN, Eco-doppler de tronco supraaórticos que son normales. En la analítica se observa hipoproteinemia y déficit de Vitaminas B1, C y E. La paciente ingresa comenzándose tratamiento IV con tiamina mejorando los mareos y la clínica ocular. Al alta los vómitos han desaparecido y persiste leve nistagmo y paresia del VI par bilateral. Continúa tratamiento ambulatorio con tiamina IM. A los seis meses se encuentra asintomática y con controles analíticos normales. Actualmente (seguimiento 3 años) el %SPP es de 90,98% y no presenta complicaciones metabólicas importantes.

Conclusiones:

1. En la mayoría de los pacientes el preparado multivitamínico prescrito tras la cirugía bariátrica es suficiente para prevenir esta complicación.
2. Debe sospecharse en pacientes con vómitos de repetición y clínica neurológica asociada.
3. El tratamiento precoz logra una recuperación funcional en 3-6 meses, que en ocasiones puede ser incompleta.

10. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA INTERNA TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Rodríguez Velasco, G.; Mendía Conde, E.; Peromingo Fesneda, R.; Priego Jiménez, P.; Losa Boñar, N.; García Teruel, D.; Ramiro, C.; Molina Villar, J.M.; Fesneda, V.
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Introducción: La obstrucción intestinal secundaria a hernias internas es una complicación que aparece con una frecuencia del 2 al 7% tras el By pass gástrico laparoscópico. Se producen por la herniación de un asa intestinal a nivel de la brecha abierta en el mesocolon transversal, mesenterio yeyunal o espacio de Petersen. Presentamos los 2 casos registrados en nuestra serie (125 pacientes, 1,60%)

Casos clínicos:

- Paciente 1: Mujer de 40 años con IMC de 43, se realiza by pass gástrico vía laparoscópica subiendo asa yeyunal transmesocólica y retrogástrica. Al 5º día postoperatorio comienza con vómitos fecaloideos y distensión abdominal. En TAC abdominal se observa cuadro de obstrucción de delgado por lo que se reinterviene. Se aprecia hernia interna de asa alimentaria por orificio de mesocolon. Se reduce la hernia cerrando el defecto del mesocolon. La evolución posterior es satisfactoria.
- Paciente 2: Mujer de 24 años con IMC de 44,6 se realiza By pass laparoscópico utilizando la misma técnica que en la enferma anterior. El postoperatorio evoluciona sin complicaciones siendo dada de alta a los 7 días.
- A los 45 días del alta reingresa por vómitos, distensión abdominal y ausencia de tránsito intestinal. En la Radiografía de abdomen hay dilatación de asas de delgado con niveles hidroaéreos. Se instaura tratamiento conservador con sueroterapia, dieta absoluta y SNG sin mejoría clínica ni radiológica por lo que se decide intervención. Se observa hernia interna por orificio de mesenterio yeyunal. Se reduce la hernia cerrando brecha mesentérica. Evoluciona sin complicaciones.

Conclusiones:

- La incidencia de esta complicación es mayor que en la técnica abierta.
- Para disminuir la aparición de esta complicación muchos grupos prefieren el ascenso del asa yeyunal antecólico y antegástrico.
- En el caso de subir el asa transmesocólica y retrogástrica, como hacemos nosotros, es fundamental cerrar los orificios de la misma forma que haríamos en la técnica abierta.

11. ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL EN EL BY-PASS GÁSTRICO LAPAROSCOPICO

Lirón-Ruiz; R.; Martín-Lorenzo, J.G.; Torralba-Martínez, J.A.; Bento-Gerard, M.; Miquel-Perelló, J.A.; Perez-Cuadrado, E.; Campillo-Soto, A.; del Pozo-Gil de Pareja, P.; Mengual-Ballester, M.; Aguayo-Albasini, J.L.

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia

Objetivo: La estenosis de la anastomosis gastro-yeyunal representa una complicación significativa en la cirugía bariátrica por laparoscopia, llegando a alcanzar el 15% en algunas series. Presentamos nuestra casuística en una serie de 62 pacientes y el manejo realizado.

Pacientes y métodos: Desde Enero-2004 a Septiembre-2006 hemos realizado de manera consecutiva 62 by-pass gástricos por laparoscopia según técnica de Wittgrove modificada. La anastomosis gastro-yeyunal se realizó con material de autosutura tipo CEAA nº21 termino- lateral (ILS; Ethicon) y tras comprobar la estanqueidad anastomótica se dieron dos puntos de válvula tipo Hoffmeister a cada lado de la anastomosis. En 4 casos (6,45%) se reconvirtió a laparotomía, realizándose la anastomosis de la misma manera. El seguimiento (rango de 3-35 meses), se ha realizado en 61 pacientes, pues uno falleció por trombo-embolismo pulmonar en el postoperatorio inmediato tras ser reintervenido, a las dos semanas del by-pass gástrico, por necrosis de un pequeño fragmento del remanente gástrico. En todos los pacientes con intolerancia persistente a la alimentación se realizó tránsito baritado y/o gastroscopia. Cuando se evidenció estenosis gastro-yeyunal se procedió a dilatación neumática endoscópica (recomendando dilatar la anastomosis hasta como máximo 1,5 cms).

Resultados. En 5 casos (8,1%) se desarrolló una estenosis gastro-yeyunal, en 4 de estos casos el diagnóstico inicial fue por tránsito baritado y en 1 caso por endoscopia. Dos pacientes tenían antecedentes de hemorragia gastrointestinal tras la cirugía bariátrica, que precisaron esclerosis endoscópica de la lesión sangrante (esclerosis circunferencial a las 48 horas de la cirugía y esclerosis de puntos sangrantes). Todos los casos se resolvieron mediante dilatación endoscópica, en dos casos con dos sesiones de dilatación y el resto con una. En el seguimiento no se han detectado re-estenosis.

Conclusión: La estenosis gastro-yeyunal es consecuencia de realizar una anastomosis de pequeño calibre (con vistas a evitar así el rápido vaciamiento del bolsón gástrico), hecho también favorecido por la anastomosis circular. Clínicamente se traduce en una intolerancia oral progresiva, evidenciándose la estenosis entre el 1 y 3 mes postoperatorio. Las situaciones de esclerosis de lesiones sangrantes la favorecen, sobre todo en aquellos casos de esclerosis amplias. En aquellos casos de sospecha el tránsito baritado nos ofrece un alto rendimiento diagnóstico. La dilatación endoscópica ha resuelto, hasta la fecha, todos los casos.

12. ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A LA NECROSIS PARCIAL TARDIA DEL REMANENTE GÁSTRICO TRAS BY-PASS GÁSTRICO LAPAROSCOPICO

Lirón Ruiz, R.; Bento Gerard, M.; Torralba Martínez, J.A.; Martín Lorenzo, J.G.; Miquel Perelló, J.A.; del Pozo Gil de Pareja, P.; Campillo Soto, A.; Mengual Ballester, M.; Carrasco González, L.; Aguayo Albasini, J.L.

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia

Introducción: En el By-pass gástrico, además del sangrado de la línea de sección gástrica o de la anastomosis gastro-yeyunal, otra complicación extraordinariamente infrecuente puede producirse en la sección gástrica, al dejar un fragmento proximal de remanente gástrico, a modo de “reloj de arena”, que puede tener tendencia a la volvulación y/o a la isquemia local.

Caso clínico: Paciente de 34 años de edad diagnosticado de súper-obesidad mórbida (IMC: 54) con comorbilidad asociada. Sentada la indicación quirúrgica, se realizó un by-pass gástrico laparoscópico según técnica de Wittgrove modificada, sin incidencias peroperatorias. El tiempo quirúrgico fue de 180 minutos. Tras su ingreso en UCI durante 24 horas, pasó a planta con una evolución postoperatoria sin incidencias, siendo alta al 4º día del postoperatorio. El paciente acude a Urgencias, 2 semanas después, por cuadro de 12 horas de evolución con dolor en hipocondrio izquierdo, irradiado al hombro y acompañado de fiebre de 38,5°C. A la exploración física destacaba una palpación patológica en epigastrio e hipocondrio izquierdo, con leucocitosis y desviación izquierda. Se realizó TAC abdominal objetivando una colección subfrénica izquierda. El paciente ingresó con tratamiento antibiótico y para drenaje radiológico. A las 8 horas del ingreso presentó dolor abdominal difuso, taquicardia y exploración abdominal compatible con peritonitis aguda difusa, realizándose nuevo TAC (figura 1) que informó de líquido libre interasas y en pelvis, con persistencia de la colección subfrénica izquierda. Se realizó una laparotomía urgente, objetivándose peritonitis aguda difusa con origen en la volvulación y necrosis de un fragmento del remanente gástrico a nivel de la sección del ángulo de His (figura 2). Se realizó la resección del fragmento necrosado y lavado profuso de la cavidad dejando un drenaje en el espacio subfrénico izquierdo. El paciente pasó a UCI con buena evolución clínica en las primeras 24 horas, pero al movilizarse del sillón a la cama, el paciente falleció súbitamente por un TEP masivo.

Conclusiones: La complicación descrita, extraordinariamente infrecuente, puede presentarse tras realizar un By-pass gástrico. Pensar en dicha posibilidad, así como direccionar de forma adecuada la endograpadora-cortadora, con la precaución de retirar el fundus gástrico a la izquierda del paciente mientras seccionamos el estómago proximal, son las claves para evitar esta complicación. De objetivarse dicho segmento gástrico, se ha de resecar.

13. PATOLOGÍA OCULAR SECUNDARIA A DÉFICIT DE VITAMINA A EN PACIENTES INTERVENIDOS DE BYPASS BILIOPANCREÁTICO.

Gracia Solanas, J.A.; Elía Guedea, M.; Royo Dachary, P.; Martínez Guillén, J.; Martínez Díez, M.
Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Zaragoza

Introducción. Es bien conocido la efectividad del bypass biliopancreático en cuanto a pérdida ponderal, y mantenimiento de dicha pérdida en el tiempo, con mejoría de comorbilidades asociadas, si bien los efectos secundarios o “indeseables” como diarreas, hipoalbuminemia, hipovitaminosis, y malnutrición son elevados y producen un deterioro de la calidad de vida del paciente intervenido. Está descrita la xerosis severa corneconjuntival con déficit visual así como casos de ceguera nocturna o hemeralopia por déficit de vitamina A tras el bypass biliopancreático pero puede pasar desapercibida inicialmente. En esta comunicación pretendemos analizar la incidencia de esta patología en nuestros pacientes.

Pacientes y método. Se analiza una muestra aleatoria de pacientes intervenidos de bypass biliopancreático desde 1995.

Resultados. N=70. Rango seguimiento 1 año-10 años. Un 20% de los pacientes (14/70) refieren molestias oculares desde lagrimeo hasta ceguera nocturna con niveles en el límite inferior o por debajo de la normalidad de vit A (N:0,3-0,8 mg/dl). 10% refieren hemeralopia (7/70). Xerosis conjuntival 6% (4/70). Se objetivó disminución de la agudeza visual en 1 paciente con malnutrición proteica con déficit de vit A. Los pacientes mejoraron tras administrar los suplementos vitamínicos.

Conclusiones. La patología ocular es infrecuente tras la cirugía bariátrica pero en casos de malnutrición con hipovitaminosis severa puede conducir a endoftalmitis y a ceguera total por lo que los equipos que manejan a estos pacientes deben tener en cuenta esta patología para instaurar el tratamiento precoz oportuno.

14. MORBILIDAD TRAS BYPASS BILIOPANCREÁTICO EN DEPENDENCIA DE LAS MEDIDAS DEL CIRCUITO MALABSORTIVO.

Gracia Solanas, J.A.; Elía Guedea, M.; Royo Dachary, P.; Martínez Guillén, J.; Martínez Díez, M.
Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Zaragoza

Introducción. El bypass biliopancreático (BPBP) se ha mostrado efectiva en cuanto a pérdida ponderal, y mejoría de comorbilidades asociadas, si bien los efectos secundarios o "indeseables" como diarreas, hipoalbuminemia, hipovitaminosis, y malnutrición son elevados. En nuestro Servicio hemos modificado la técnica primitiva de Scopinaro, para intentar minimizar estos efectos.

Pacientes y métodos. Desde 1995 hemos intervenido a 150 pacientes sometidos a BPBP Scopinaro (tramo alimentario 200cm-tramo común 50cm), 31 sometidos BPBP Larrad (400cm-75cm), y 80 BPBP modificado (225cm-75cm).

Resultados. Larrad: 4 hombres, 27 mujeres, 60% obesos mórbidos y 40% superobesos. Edad media de 49 años. IMC inicial 47 kg/m², 1 año 34kg/m², 2 año 33 kg/m², 3 año 32 kg/m², 4 año 31 kg/m². % Exceso IMC Perdido (PEIMCP): 1 año 58%, 2 año 62%, 3 año 69%, 4 año 70%. Efectos indeseables: déficit hierro 32%, hipoalbuminemia 4%, nº deposiciones 2-3/día, malnutrición 0%.

Bypass biliopancreático modificado: 22 hombres, 58 mujeres, 30% obesos mórbidos y 70% superobesos. Edad media de 46 años. El IMC inicial 52,7 kg/m², 1 año 33kg/m², 2 año 31,6 kg/m², 3 año 31,6kg/m², 4 año 31 kg/m². Evolución del PEIMCP: 1 año 74%, 2 año 82%, 3 año 83%, 4 año 84%. Efectos indeseables: déficit hierro 40%, hipoalbuminemia 8%, nº deposiciones 2-3/día, malnutrición 0%.

Scopinaro: 53 hombres, 97 mujeres, 40% obesos mórbidos y 60% superobesos. Edad media de 39 años. El IMC inicial 52,5 kg/m², 1 año 32kg/m², 2 año 31,2 kg/m², 3 año 31kg/m², 4 año 30 kg/m². Evolución del PEIMCP: 1 año 79%, 2 año 86%, 3 año 87%, 4 años 90%. Efectos indeseables: déficit hierro 61%, hipoalbuminemia 15%, nº deposiciones 4/día, malnutrición 10%.

Conclusiones. El porcentaje de pacientes que sufren importantes trastornos metabólicos y reingresos por malnutrición es elevado, lo que obliga un estrecho seguimiento de por vida. Por esto hemos modificado la técnica inicial de Scopinaro, logrando una disminución significativa de los efectos indeseables, consiguiendo reducir la malnutrición proteica a 0, manteniendo una pérdida ponderal satisfactoria.

15. RABDOMIOLISIS Y CIRUGÍA BARIÁTRICA

Fidalgo Pérez, M.I.; Villanueva Eguaras, M.A.; Fernández Escalante, C.; Domínguez Díez, A.; Olmedo, F.; Casanueva de la Cruz, J.A.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Introducción. La rabdomiolisis es una complicación poco frecuente pero grave, de los procesos quirúrgicos(1), en la que se produce daño de membrana celular con liberación de mioglobina y creatinincinasa (CK) y consiguiente nefrotoxicidad que puede evolucionar al fallo multiorgánico y muerte. La CK se ha correlacionado bien con el daño muscular, por lo que se utiliza como marcador del mismo. La incidencia de dicha complicación varía de un 1.4 a un 4,9%. Se presenta un estudio prospectivo, de 49 casos 38 mujeres y 11 varones intervenidos desde Enero a Diciembre de 2006 y se analizan posibles factores de riesgo, así como correlación entre CK y función renal. La incidencia global de rabdomiolisis fue de un 8,1%. Encontramos una fuerte correlación (p<0,001) entre el IMC, la duración de la intervención y la elevación de CK y una correlación negativa que no llega a alcanzar significación estadísticas con la cantidad de líquidos administradosfluidoterapia; no existe correlación con la creatinina.

Conclusiones. La rabdomiolisis es una complicación potencial en el postoperatorio de la cirugía de la obesidad. La incidencia es mayor en hombres y está relacionada directamente con el tiempo quirúrgico y el índice de masa corporal. Proponemos aclaramiento de creatinina como marcador de fallo renal.

16. OBSTRUCCION DE ASA BILIOPANCREATICA TRAS REALIZACION DE CRUCE DUODENAL

García Blázquez, E.; Cascales Sánchez, P.; Usero Rebollo, S.; Martínez Moreno, A.; González Masía, JM.; Rueda, JL.; Moreno Resina, JM.
Hospital General Universitario, Albacete.

Introducción: El cruce duodenal constituye una técnica quirúrgica mixta (derivación biliopancreática) utilizada en el tratamiento de la obesidad mórbida. Se presentan dos casos de obstrucción del asa biliopancreática (BP) a largo plazo tras realización de cruce duodenal.

Casos clínicos:

Caso 1: mujer de 42 años, que acudió a urgencias por dolor abdominal tras intervención de cruce duodenal hace 29 meses. Refería dolor abdominal de 12 horas de evolución junto con náuseas y vómitos. A la exploración presentaba abdomen distendido y timpánico, doloroso a la palpación con defensa y peritonismo. La TC abdominal mostró asas de intestino delgado dilatadas y abundante líquido libre en cavidad peritoneal. La paciente se intervino urgente evidenciando vólvulo de intestino delgado con signos isquémicos y necrosis de aproximadamente 100 cm. incluyendo asa BP, anastomosis yeyunoileal y asa común hasta 15 cm. de válvula ileocecal. Se realizó resección de asa BP, de anastomosis yeyunoileal y de asa común afectada, con posterior anastomosis termino-terminal de asa BP a asa común y anastomosis termino-lateral de asa digestiva a asa BP a 100 cm. de la válvula ileocecal. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta hospitalaria al 11º día postoperatorio.

Caso 2: varón de 30 años, que acudió a urgencias por dolor abdominal tras intervención de cruce duodenal hace un año. Refería dolor abdominal de 4 días de evolución acompañado en las últimas 24 horas de náuseas y vómitos. A la exploración presentaba abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio sin defensa ni signos de irritación peritoneal. La Rx de abdomen mostró asas de intestino delgado dilatadas y con niveles hidroaéreos. La TC Abdominal mostró asas de intestino delgado dilatadas y moderada cantidad de líquido libre peritoneal. El paciente ingresó y se instauró tratamiento conservador no mejorando del cuadro. Se intervino urgente evidenciando obstrucción de asa BP secundaria a brida. Se realizó sección de brida. El asa BP presentaba viabilidad por lo que no fue necesaria resección. El paciente evolucionó favorablemente y se dio de alta hospitalaria al 9º día postoperatorio.

Conclusiones. En nuestra experiencia el cruce duodenal es una técnica efectiva para el tratamiento de la obesidad mórbida. La obstrucción del asa biliopancreática constituye una complicación infrecuente aunque posible de esta técnica. Es fundamental sospechar esta complicación de aparición tardía ante un paciente operado de obesidad mórbida que presenta un cuadro de dolor abdominal para diagnosticarla y tratarla precozmente.

INVESTIGACION. Modera Dr. Tamames

17. EFECTOS DE LA GASTRECTOMÍA TUBULAR SOBRE DIFERENTES MODELOS EXPERIMENTALES DE OBESIDAD: IMPLICACIONES METABÓLICAS Y HORMONALES

Sabench, F.; Hernández, M.; Blanco, S.; Morandeira, A.; Doménech, J.; Sánchez Marín, A.; del Castillo, D.
Hospital Universitario de Sant Joan de Reus. Facultad de Medicina. Universidad Rovira i Virgili. Reus, Tarragona

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

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

Material y métodos: Modelos experimentales: ratas Sprague-Dawley, ratas Sprague-Dawley engordadas mediante dieta de cafetería, ratas Zucker diabetic Fatty y ratas Zucker (estos dos últimos modelos corresponden a obesidad por causas genéticas, siendo el primer grupo modelo de Diabetes tipo 2). Gastrectomía tubular: Laparotomía media. Disección de la curvatura mayor. Ligadura de vasos de la curvatura mayor. Gastrectomía lineal longitudinal con exéresis del Rumen y parte de fundus gástrico (2,5 cm. de longitud). Sutura continua doble. Comprobación de la estanqueidad de la cámara gástrica

mediante insuflación de la misma con suero fisiológico a través sonda nasogástrica. Dieta líquida durante 72 horas.

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

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

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

18. MODELOS EXPERIMENTALES EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: ASPECTOS TÉCNICOS

Hernández, M.; Sabench, F.; Blanco, S.; Morandeira, A.; Cabrera, A.; Sánchez Pérez, J.; del Castillo, D. Hospital Universitario de Sant Joan de Reus. Facultad de Medicina. Universidad Rovira i Virgili. Reus, Tarragona

Introducción: La cirugía bariátrica se encuentra en constante evolución ya no sólo en referencia a los propios aspectos técnicos, si no también en cuanto a los cambios metabólicos que ella comporta. Los continuos avances en el conocimiento de la patogenia y alteraciones hormonales de la Obesidad mórbida implican nuevos estudios en animales de experimentación y el desarrollo de nuevas opciones técnicas.

Objetivo: Descripción en animales de experimentación (ratas Sprague- Dawley) de 3 tipos de intervención quirúrgica. Una de carácter restrictivo (Gastroplastia), otra de componente mixto (Bypass gastroyeyunal) y en tercer lugar la transposición ileal, de carácter experimental y con importantes implicaciones hormonales (↑ GLP1)

Material y métodos: Modelo experimental: ratas Sprague- Dawley, hembras de 300 gr de peso. Gastroplastia: Laparotomía media. Disección de la curvatura mayor. Ligadura de vasos rectos. Gastrectomía lineal longitudinal con exéresis del Rumen y parte de fundus gástrico (2,5 cm. de longitud). Sutura continua doble. Bypass gastroyeyunal: En Y de Roux. Laparotomía media. Creación del reservorio gástrico mediante división horizontal del 1/3 superior de la cámara gástrica. Sección yeyunal a 15 cm del ligamento de Treitz. Anastomosis gastroyeyunal en reservorio gástrico. Anastomosis término-lateral yeyuno-yeyunal. Asa de Roux de 10 cm.

Transposición Ileal: Laparotomía media. Localización de segmento ileal de 10 cm. de longitud a 10 cm de íleon terminal. Ligadura de vasos de epiplón adyacente. Sección del segmento y transposición del mismo a nivel yeyunal a 2 cm. distales al ligamento de Treitz en dirección peristáltica. Anastomosis término-terminales.

Resultados. En la gastroplastia se requiere de una segunda sutura continua que incluya la primera línea, con el fin de reforzar los puntos de fuga. El bypass y la transposición ileal implican la realización de diferentes anastomosis intestinales con la laboriosidad que un diámetro pequeño implica (0.5-1cm). A partir de estas técnicas deriva la monitorización de diferentes variables como el volumen de ingesta, la pérdida de peso, variaciones del índice glucémico y de otras determinaciones hormonales (Grelina, Insulina, GLP- 1)

19. OBESIDAD MÓRBIDA, ENFERMEDAD DE HÍGADO GRASO NO ALCOHOLICO, SÍNDROME METABÓLICO Y CIRUGÍA BARIATRICA (I)

Silvestre Teruel, V.; Ruano Gil, M.; García García-Lescún, M.C.; Aguirregoicoa García, E.; Criado Gómez, L.; Rodríguez Piñero, A.; Marco Mur, A.L.; García-Blanch, G. Hospital General de Móstoles, Móstoles

Introducción: El sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de desarrollo del hígado graso no alcohólico (NAFLD) y esteatohepatitis no alcohólica (NASH). La reducción de peso por la cirugía contribuye a su desaparición, pero que a medida que transcurre el tiempo de realizada parece ser que existe ganancia de peso y reaparecen las comorbilidades.

Objetivos: Los objetivos del presente estudio son: 1) evaluar las alteraciones de los niveles plasmáticos de amino-transferasas en pacientes diagnosticados de obesidad mórbida (OM) 2) y la posible reversibilidad de las mismas tras cirugía bariátrica.

Pacientes y métodos. Evaluamos retrospectivamente los datos de 190 pacientes, 150 mujeres y 40 hombres OM operados en nuestro Hospital (bypass gástrico de Capella). La edad de media fue 36,5 años (rango 18,5 – 54,5). El historial clínico indica que en el 34,7% (n = 66; 52 mujeres y 14 hombres) la ecografía abdominal fue sugestiva de NAFLD ó NASH. Se recogen variables antropométricas: peso, estatura, circunferencia de la cintura (CC) e IMC y bioquímicas: insulina (INS), índice HOMA, aspartato-aminotransferasa (AST) y alanina-aminotransferasa (ALT) con tiempos de seguimiento de 6, 12, 24, 36, 48, 60 y 72 meses.

Resultados. Según la definición de síndrome metabólico (SM) de la Internacional Diabetes Federation (IDF), 90 pacientes (47.3%), 67 mujeres y 23 hombres eran portadores del SM. Todos los pacientes sospechosos de disfunción hepática sufrían el SM. La CC de las mujeres = 121.1 (16.5), el IMC = 48.3 (6.0), el valor del HOMA = 29.7 (9.0), el nivel de AST<30 y el ALT = 31(20.6) La CC de los hombres = 134.4 (12.0), IMC = 48.3 (8.5), HOMA= 47.7 (14.0), GOT< 30 y ALT=36.2 (22.1). Tras cirugía y en los primeros 6 meses en ambos sexos descienden los valores de CC, de IMC y los niveles de AST y ALT, situación que se mantiene a los 72 meses de realizado el bypass.

Conclusiones. La cirugía continúa siendo el método de elección para el tratamiento de OM y el descenso de sus comorbilidades. Los altos niveles de HOMA unido a los de AST y ALT sugieren que la insulinoresistencia puede ser la causa de la disfunción hepática.

20. OBESIDAD MÓRBIDA, ENFERMEDAD DE HÍGADO GRASO NO ALCOHOLICO, INFLAMACIÓN Y CIRUGÍA BARIATRICA (II)

Silvestre Teruel, V.; Ruano Gil, M.; García García-Lescún, M.C.; Aguirregoicoa García, E.; Criado Gómez, L.; Rodríguez Piñero, A.; Marco Mur, A.L.; García-Blanch, G.
Hospital General de Móstoles, Móstoles

Introducción: El término hígado graso (NAFLD) engloba dos variantes de la enfermedad: esteatosis simple (acumulación de grasa) y esteatohepatitis (NASH), si la grasa se asocia a inflamación y fibrosis. La obesidad y especialmente la obesidad mórbida (OM) aumentan el riesgo de su aparición.

Objetivos: Los objetivos del presente estudio son: 1) evaluar las alteraciones de los niveles plasmáticos de proteína C-reactiva y de otros marcadores bioquímicos de inflamación en pacientes diagnosticados (MO) y 2) la posible reversibilidad de los mismos tras cirugía bariátrica.

Pacientes y métodos: Evaluamos retrospectivamente los datos de 190 pacientes, 150 mujeres y 40 hombres OM operados en nuestro Hospital (bypass gástrico de Capella). La edad de media fue 36,5 años (rango 18,5 – 54,5). La ecografía abdominal sugiere que 66 pacientes (34,7%), 52 mujeres y 14 hombres eran portadores de NAFLD ó NASH. Se recogen variables antropométricas: peso, estatura, circunferencia de la cintura (CC) e IMC y bioquímicas: insulina (INS), índice HOMA, proteína C-reactiva (PCR), ferritina (FER), prealbúmina (PBA) y proteína ligadora de retinol (RBP), con tiempos de seguimiento de 6, 12, 24, 36, 48, 60 y 72 meses.

Resultados: Los pacientes con NAFLD ó NASH eran portadores de hipertensión arterial (HTA), hiperglucemia, dislipemia e hiperinsulinemia. En las mujeres, la CC = 121.1 (16.5), IMC = 48.3 (6.0), HOMA = 29.7 (9.0), los niveles de PCR = 0.010(0.03), FER = 73.0 (42.0), PBA= 0,26(0.06) y RBP = 0,037(0.016). En los hombres, la CC = 134.4 (12.0), IMC = 48.3 (8.5), HOMA= 47.7 (6.0), PCR = 0.40 (0.08), FER = 60. (25.0), PBA = 0.28 (0.05) y RBP = 0.042(0.08). Tras el bypass, en los primeros 6 meses descienden en ambos sexos las tasas de CC, IMC y los niveles de PCR mientras que en los niveles de FER, PBA y RBP no se observan diferencias significativas. Esta situación se mantiene a los 72 meses de realizada la cirugía.

Conclusiones: El descenso CC, IMC, HOMA y PCR tras el bypass demuestran la eficacia de la cirugía en la lucha contra la OM, pero exceptuando los niveles de PCR, los demás marcadores bioquímicos no parecen útiles en el diagnóstico de NASH y se debe recurrir a biopsia hepática.

21. ESTUDIO DE LAS DEPOSICIONES EN CIRUGÍA BARIATRICA

Hernández Cosido, L.; Sánchez Rodríguez, A.; García Plaza, A.; Blanco Antona, F.; Montejo Maillo, B.; Ortega Martín Corral, L.E.; Gómez Alonso, A.
Hospital Universitario, Salamanca

Objetivo: Presentar un análisis de la calidad y autoestima en el seguimiento postoperatorio tras la derivación bilio-pancreática modificada de Larrad, en relación con las heces y el tratamiento con Metronidazol que se realiza en nuestra unidad.

Pacientes y métodos. Se trata de un estudio prospectivo de 47 pacientes con obesidad mórbida, en los cuales se ha realizado un estudio de las deposiciones en el que se han recogido las siguientes variables: Número, frecuencia, relación con alimento, consistencia, color, olor, productos patológicos, flatulencia, ventoseo, dolor abdominal. En los pacientes que describen olor como putrefacto o desagradable se inicia tratamiento con metronidazol a dosis de 250 mg cada 12 horas.

Resultados: El 80% de los pacientes realizaban entre 1-2 deposiciones diarias y el 94,4 % refiere alteraciones en el olor. El 55.5 % define el olor como putrefacto y el 39 % como desagradable. Todos los pacientes en tto con Metronidazol refieren mejoría importante en las cualidades de las heces.

Conclusiones: En los pacientes intervenidos de obesidad mórbida mediante una derivación bilio-pancreática es muy frecuente la presencia de alteraciones en el olor de las heces, que altera su calidad de vida y autoestima (BAROS y BAROS modificado de Morehead-Ardelt), que mejora notablemente con el tratamiento con metronidazol.

22. ESTUDIO DE LA TRANSLOCACIÓN BACTERIANA EN PACIENTES INTERVENIDO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Hernández Cosido, L.; Sánchez Rodríguez, A; García Plaza, A; Blanco Antona, F; Montejo Maillo, B; Ortega Martín-Corral, L.; Gómez Alonso, A.

Hospital Universitario, Salamanca.

Objetivo: La translocación bacteriana puede definirse como el paso de bacterias y productos bacterianos desde la luz intestinal a un lugar extraintestinal, por otro lado estéril. Pretendemos realizar un estudio en pacientes obesas debido a la gran importancia a este tema por su implicación en múltiples procesos.

Pacientes y métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo de 50 pacientes con obesidad mórbida, en los cuales al realizar la laparotomía, se ha tomado muestra del líquido peritoneal con un hisopo, para realizar un estudio microbiológico.

Resultados: Sólo el 4% presentaban cultivo positivo. Las bacterias que se aíslan en casos donde ocurre translocación bacteriana son enterobacterias, entre los que se destacan: Escherichia coli y Klebsiella pneumoniae, así como otras bacterias intestinales grampositivas como Enterococcus faecalis.

Conclusiones: La incidencia de translocación bacteriana observada puede ser menor que la real debido a que las técnicas clásicas de cultivo miden sólo las bacterias viables que escapan a los mecanismos normales de defensa y por la profilaxis antibiótica que usamos.

23. EVALUACIÓN DE LA PELÍCULA LAGRIMAL TRAS CINCO AÑOS DE INTERVENCIÓN DE OBESIDAD MORBIDA

Martin García-Almenta M.; López García, J.S.; Giménez, C.; Carvajal Balaguera, J.; Oliart Delgado de Torres, S.; Camuñas Segovia, J.; Peña Gamarra, L.; Fernandez Isabel, P.; Cerquella Hernández, C.M.

Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid

Objetivo. Estudiar la producción y estabilidad lagrimal en pacientes tras cinco años de intervención de Obesidad Mórbida (O.M.).

Pacientes y método. Hemos realizado un estudio prospectivo en 22 ojos de 11 pacientes (11 mujeres) intervenidas hace 5 años de O.M., a los que hemos medido el test de Schirmer sin anestesia, el tiempo de ruptura lagrimal (BUT), así como la tinción con un colorante vital como la fluoresceína y rosa de Bengala. A todos los pacientes se les hizo un cuestionario de preguntas encaminado a determinar la presencia de síntomas de sequedad ocular o nictalopia antes y después de la cirugía, así como una completa exploración oftalmológica.

Resultados. La edad media de las pacientes fue de $47,6 \pm 12,7$ años. La media del %SPP fue de 69. Sólo 1 paciente refirió haber tenido síntomas de sequedad ocular previos a la intervención, mientras que después de la intervención 1 paciente presentaba síntomas de sequedad ocular importante y 5 presentaban síntomas ocasionales de ojo seco. Previamente a la cirugía, ningún paciente refirió problemas de visión nocturna, mientras que tras la intervención 3 pacientes refirieron trastornos leves en la visión nocturna y 1 paciente refirió una nictalopia evidente. El BUT medio fue de $11,13 \pm 3,24$ sg., aunque 10 ojos (45,5%) presentaron valores patológicos inferiores a 10 sg. De igual forma, el test de Schirmer medio fue de $15,36 \pm 6,55$ mm, estando 5 ojos (23%) por debajo de los 10 mm. La alteración en estos parámetros se correlacionó con la sintomatología clínica.

Conclusiones. Tras cinco años de intervención de de O.M., hemos encontrado en los pacientes una alteración tanto en la producción como, sobre todo, en la estabilidad de la película lagrimal que justifica la clínica de sequedad ocular que frecuentemente presentan estos pacientes.

24. VALORACIÓN DE LOS PARÁMETROS SANGUÍNEOS EN LA OBESIDAD MÓRBIDA TRAS CIRUGÍA MEDIANTE LA TÉCNICA DEL CRUCE DUODENAL

Vázquez Prado, A. (1); Montalvá Orón, E.M. (2); de Tursi Rísoli, L. (1); Ismail Mahmoud, A. (1); Redondo Cano, C. (1)

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia (1); Hospital Universitario La Fé, Valencia (2)

Objetivo. Valorar la evolución de los parámetros sanguíneos en los pacientes afectos de obesidad mórbida tras ser intervenidos quirúrgicamente mediante la técnica del cruce duodenal.

Pacientes y métodos. En una serie de 118 pacientes se valora la evolución postoperatoria del hematocrito, hemoglobina, glucosa, proteínas totales, albúmina, calcio, GPT, bilirrubina, colesterol, triglicéridos, hierro, ácido fólico y vitamina B 12. El control se ha realizado a los 3, 6, 12, 18, 24 y anualmente. En la serie, 21 eran hombres y 97 mujeres, con una edad media de 42,6 años. El peso medio preoperatorio era de 132,3 Kg con un valor medio del IMC de 49,7. El sobrepeso medio fue de 69,1 Kg.

Resultados. Al año, el %SPP era de 61,6% y el porcentaje de IMC perdido de 70,4%. A los 3 años el porcentaje de IMC perdido era de 90,5% y el %SPP era de 69%. Un 15,5% de pacientes presentaban cifras de hematocrito inferiores a los valores normales a los 12 meses. A los 36 meses no hay ningún paciente que presente valores inferiores al 35%. Un 20% de pacientes presentaron valores de la hemoglobina inferiores al valor normal a los 12 meses del estudio. A los 36 meses no existe ningún paciente con valores inferiores a los normales. El déficit de hierro lo presentaron el 36,5% de pacientes, siendo sólo del 3,2% a los 36 meses. Existe un 35,8% de pacientes que, a los 12 meses, presentaba cifras de ácido fólico inferiores a las normales. El 7,6% presentaban a los 12 meses déficit de vitamina B12. No hay pacientes deficitarios a los 24 y 36 meses. El grado de anemia y déficit de hierro, ácido fólico y vitamina B12 se ha corregido con el aporte oral de los mismos. La hipoproteinemia se dio en el 7% de pacientes corrigiéndose de manera progresiva, no habiendo pacientes hipoproteinémicos a los 36 meses. El déficit de calcio se dio en el 9,6% a los 12 meses. No existe ningún paciente hipocalcémico a los 36 meses. Esta normalización se ha conseguido con aporte de calcio y suplementos proteicos orales. Un 8,5% de pacientes presentaron una ligera elevación de los enzimas hepáticos (GPT) en el estudio de 12 meses, no así a los 24 y 36 meses. No hubo alteración de la bilirrubina.

Conclusiones. Las alteraciones de los parámetros sanguíneos en el postoperatorio de la cirugía de la obesidad mórbida mediante la técnica del cruce duodenal, ocurren en menos de un tercio de los pacientes, siendo bien tolerados y corrigiéndose con el tiempo y el tratamiento suplementario, de modo que a los 24-36 meses prácticamente la totalidad de pacientes tienen sus valores sanguíneos dentro de los rangos normales.

ACEPTADOS NO SELECCIONADOS PARA EXPOSICION

25. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA MEDIANTE LA TÉCNICA DEL CRUCE DUODENAL

Vázquez Prado, A. (1); Montalvá Orón, E.M. (2); Galindo Jara, P. (1); de Tursi Rísoli, L. (1); Ismail Mahmoud, A. (1); Redondo Cano, C. (1)

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia (1); Hospital Universitario La Fé, Valencia (2)

Objetivo. Valorar la calidad de vida percibida por los pacientes afectos de obesidad mórbida e intervenidos quirúrgicamente mediante la técnica del cruce duodenal.

Pacientes y métodos. En una serie de 118 pacientes intervenidos de obesidad mórbida mediante la técnica del cruce duodenal, se valora la calidad de vida que perciben los pacientes después de la intervención, siguiendo la escala de puntuación del B.A.R.O.S, basada en el test de Moorehead-Ardelt, en la que se evalúa la opinión de los pacientes sobre su autoestima, actividad física, laboral, social y sexual. Para ello, se ha realizado una encuesta en la que se les pregunta sobre los aspectos comentados y se da una puntuación a las respuestas de cada apartado (“mucho peor”, “peor”, “igual”, “mejor”, “mucho mejor”). Excluimos a los 18 pacientes que no se les pasó la encuesta por no llegar al año de seguimiento. En la serie, 10 eran hombres y 90 mujeres, con una edad media de 41,8 años. El peso medio de los pacientes era de 135,6 Kg, con un valor medio del IMC de 49,2. El sobrepeso medio fue de 69,1 Kg.

Resultados. Han respondido todos los pacientes, de los que 16 llevan más de 4 años de seguimiento, 36 más de 3 años, 66 más de 2 y 100 más de un año. La valoración de la autoestima no fue en ningún caso de “mucho peor” y solamente en dos casos “peor”. La respuesta “igual” la dieron 18 pacientes, “mejor” 48 y 32 “mucho mejor”. Las respuestas a la valoración de la actividad física fue que en ningún caso se encontraron “mucho peor” ni “peor”, “igual” lo respondieron 28 pacientes, 50 dijeron que se encontraban “mejor” y 22 respondieron que “mucho mejor”. En el apartado de actividad social no había ningún paciente que respondiera “mucho peor”, en 1 caso la respuesta fue “peor”, 20 respondieron que “igual”, 46 dijeron que era “mejor” y 33 respondieron que “mucho mejor”. En cuanto a la actividad laboral, 3 pacientes respondieron que estaban “mucho peor”, 4 “peor”, 28 “igual”, 38 “mejor” y 27 “mucho mejor”. Ningún paciente respondió estar “mucho peor” en sus relaciones sexuales, 2 dijeron que estaban “peor”, 36 respondieron que “igual”, 40 dijeron que “mejor” y 22 que “mucho mejor”.

Conclusiones. La calidad de vida en los pacientes intervenidos de obesidad mórbida mediante la técnica del cruce duodenal, mejora de manera ostensible, de modo que un 71,6% de los pacientes consideran

que su calidad de vida es mejor o mucho mejor y solamente un 2,4% consideran que están peor o mucho peor. Este porcentaje se corresponde fundamentalmente con el apartado de actividad laboral.

26. BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO: ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL CON ENDOGRAPADORA LINEAL

Rodríguez Velasco, G.; Mendía Conde, E.; Peromingo Fresneda, R.; Priego Jiménez, P.; Losa Boñar, N.; García Teruel, D.; Ramiro, C.; Molina Villar, J.M.; Fresneda, V.
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Introducción: El Bypass gástrico laparoscópico (BGL) es una técnica derivativa utilizada en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Consiste en la creación de un pequeño reservorio gástrico a expensas de la curvatura menor y una reconstrucción del tránsito intestinal en Y de Roux con asas de longitudes variables en función del I.M.C.

En la mayoría de las series descritas en la literatura, la anastomosis gastroyeyunal se realiza con sutura circular mecánica. Presentamos una modificación técnica utilizada por nuestro grupo con buenos resultados.

Técnica quirúrgica:

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

Resultados: En el momento actual llevamos realizados 125 BGL utilizando este tipo de gastroenteroanastomosis, teniendo 1 sólo caso de dehiscencia (0,80%) y ninguno de estenosis en el seguimiento posterior.

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