

9º CONGRESO SECO GETAFE 2007

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 GUIA 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 súperobesos (SO), para determinar si los pacientes súperobesos 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 súperobesidad, 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 GÁSTRICA EN EL EMBARAZO

Romeo, I.; Artieda, C.; Yáñez, 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, estómago 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 estómago 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 estómago 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.