

## COMUNICACIONES POSTER 9º CONGRESO SECO-GETAFE 2007

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

Coordinan: Dres Bertomeu, Jiménez Miramon y Maillo

### 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 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 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, llegándose 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 vulvulación 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 Diez, 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 Diez, 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/m<sup>2</sup>, 1 año 34kg/m<sup>2</sup>, 2 año 33 kg/m<sup>2</sup>, 3 año 32 kg/m<sup>2</sup>, 4 año 31 kg/m<sup>2</sup>. % 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/m<sup>2</sup>, 1 año 33kg/m<sup>2</sup>, 2 año 31,6 kg/m<sup>2</sup>, 3 año 31,6kg/m<sup>2</sup>, 4 año 31 kg/m<sup>2</sup>. 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/m<sup>2</sup>, 1 año 32kg/m<sup>2</sup>, 2 año 31,2 kg/m<sup>2</sup>, 3 año 31kg/m<sup>2</sup>, 4 año 30 kg/m<sup>2</sup>. 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 un 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 afecta, 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.