



O-01

BIOMARCADORES ASOCIADOS A LAS PLAQUETAS EN EL MARCO DE LA ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA: PERSPECTIVAS EN UNA COHORTE CON OBESIDAD

Margarida Vives Espelta¹, Fàtima Sabench Pereferrer¹, Laia Bertrán Ramos², Marta París Sans¹, Cristina Rusu Hutu², Èlia Bartra Balcells¹, Teresa Auguet Quintillà², Daniel Del Castillo Déjardin¹.

¹Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España; ²Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España.

Antecedentes: Existe una carencia de métodos de diagnóstico no invasivos para la esteatosis hepática (NAFLD) y la esteatohepatitis no alcohólica (NASH). Se requiere el desarrollo de un procedimiento de diagnóstico preciso especialmente en poblaciones con un mayor riesgo como en el caso de la obesidad mórbida. Artículos recientes han sugerido una dualidad en las funciones de activación plaquetaria, ya que puede ser tanto beneficiosa como perjudicial para el hígado debido a la liberación de quimiocinas, citoquinas, lípidos, serotonina y otros factores. Estos factores son esenciales para la regeneración hepática. Sin embargo, también pueden alterar el hígado e inducir inflamación que podría exacerbar el daño hepático.

Objetivo: Investigar la utilidad potencial de los índices relacionados con las plaquetas como marcadores de diagnóstico no invasivos para la detección y predicción de la NAFLD en el marco de la obesidad severa y mórbida.

Material y métodos: Este estudio fue aprobado por el comité de ética institucional (Institut Investigació Sanitària Pere Virgili (IISPV) CEIm; 23c/2015). Se reclutan para el estudio 471 pacientes candidatos a cirugía bariátrica, con un IMC > 35 kg/m² y 82 pacientes con normopeso. Todos los sujetos con obesidad severa y mórbida (SMO) se sometieron a una cirugía bariátrica, durante la cual se realizó una biopsia hepática, y se recogió una muestra de sangre antes de la operación. Las biopsias se evaluaron mediante las tinciones tricrómica de Mason y de hematoxilina-eosina. Se determinan los índices PLA (contaje plaquetario), MPV (volumen medio plaquetario), HCPT (plaquetocrito) y ADP (amplitud de distribución del tamaño plaquetario), además de la bioquímica general determinada habitualmente en estos pacientes.

Resultados: Observamos que el VPM, HCTP y ADP están elevados en el grupo SMO en comparación con el grupo normopeso. Encontramos niveles disminuidos de VPM en pacientes con esteatosis y NASH. Los valores de VPM y HCTP son menores en presencia de una inflamación hepática leve. El conteo plaquetario y los valores de HCTP fueron más bajos en presencia de balonización hepática. Obtuvimos un área bajo la curva ROC de 0.84 utilizando el VPM y otras tres variables o condiciones (ALT, presencia de síndrome metabólico y de diabetes mellitus) para predecir la MASLD.

Conclusiones: Presentamos un modelo predictivo que utiliza el VPM, los niveles de ALT y la presencia de diabetes mellitus y síndrome metabólico para predecir la EMAE en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Además, el VPM está estrechamente relacionado con la inflamación hepática temprana en la NASH, mientras que la CP y los valores de HCTP están relacionados con la distensión o balonización hepática. Estos índices podrían ser ampliamente utilizados para la detección temprana de la NASH, ya que generalmente se determinan en pruebas de laboratorio de rutina.

O-02

MODELO PREDICTIVO DE LA LONGITUD TOTAL DEL INTESTINO DELGADO PARA APLICAR EN CIRUGÍA BARIÁTRICA BASADO EN ANÁLISIS DE DATOS Y TÉCNICAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

José Fernando Treballe1, Jorge Solano Murillo2, Jesús Lobo Poyo3, Carmen Pellicer Lostao3, Mónica Valero Sabater1, Ana Isabel Pérez Zapata1, Gabriel Tirado Anglés1, Paola Gracia Gimeno1, Juan Luis Blas Láina1.

1Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España; 2Hospital Quirónsalud Zaragoza, Zaragoza, España; 3CESTE, Escuela Internacional de Negocios, Zaragoza, España.

Introducción: Conocer de forma preoperatoria la longitud total del intestino delgado, y aplicarlo en cirugía bariátrica es de suma importancia y supone un condicionante básico para mejorar los resultados de pérdida ponderal y de resolución de comorbilidades, así como para disminuir las complicaciones derivadas de problemas malabsortivos, evitando futuras cirugías de revisión.

Objetivo: Desarrollar un modelo predictivo de la longitud total del intestino delgado utilizando técnicas de inteligencia artificial para aplicar en cirugía bariátrica que permita individualizar la técnica a cada paciente.

Material y Método: Base de datos obtenida en Excel a partir de un registro Filemaker y del programa Klinik. Indra. El análisis se ha realizado en Python con formato Notebook en la aplicación Google Colaboratory. La metodología ha incluido análisis descriptivo (test t de Student), análisis de correlación (test de correlación de Pearson / test ANOVA), análisis de regresión lineal, transformación y escalado de datos (MinMaxScaler), clustering (machine learning no supervisado), interpolación de datos (machine learning con sobremuestreo modo SMOTE), y modelización del algoritmo (modelo XGBoost - PyCaret).

Resultados: Se ha analizado una muestra de $n = 1090$ casos. *ANÁLISIS ESTADÍSTICO:* Hay diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre sexos en las variables edad, peso, talla y longitud total. El análisis de correlación evidencia una correlación débil entre las variables sexo, edad, peso, talla e IMC y la variable longitud total, pero con significación estadística ($p < 0.05$); la talla es la variable con mayor coeficiente de correlación ($R = 0.321$). El modelo de regresión múltiple puede explicar el 16 % de la variación en longitud total a partir de las variables sexo, edad, peso, talla e IMC (coeficiente R^2 de 0.16), lo que indica una capacidad predictiva baja. *TÉCNICAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL:* Se ha realizado una transformación y escalado de los datos para mejorar el carácter predictivo de los modelos (MinMaxScaler). Con técnicas de machine learning se ha planteado un clustering con el método del codo determinando el coeficiente de silueta un mejor resultado con 3 clusters (longitud baja (465.22 cm), longitud media (564.58 cm), y longitud alta (692.46 cm)). Se han interpolado datos para balancear las muestras ($n = 495$ casos por cluster). Y posteriormente se ha realizado una selección del modelo Gradient Boosting Classifier con la biblioteca PyCaret de Python (clasificación XGBoost), determinando un algoritmo que es capaz de detectar pacientes de longitudes bajas o cluster c0 (precisión del 62 %), de longitudes medias o cluster c1 (precisión del 63 %), y longitudes medias o cluster c2 (precisión del 86 %).

Conclusiones: El desarrollo de un algoritmo predictivo para conocer la longitud total del intestino delgado a través del análisis de datos, basado en técnicas de clustering y machine learning, y clasificación XGBoost es factible y aplicable considerando el sexo, la edad, el peso, la talla y el IMC. Es necesario contar con más datos, para enriquecer y entrenar el algoritmo y mejorar los porcentajes de acierto así como poder desarrollar una fórmula predictiva directa de dicha longitud con precisión en cm.

O-03

Disminución del Estado Inflamatorio Post-Cirugía Bariátrica: Un Análisis Integrado de Glicoproteínas, Lipoproteínas y Metabólica.

Ana Isbael Perez Zapata Zapata¹, Mercedes Bernaldo De Quirós², Carolina Varela Rodríguez², Eduardo Ferrero Herrero², Marta Durán Ballesteros², Elías Rodríguez Cuéllar².

¹Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España; ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Objetivos: La obesidad, caracterizada por una inflamación crónica, conlleva riesgos de comorbilidades. La cirugía bariátrica, más allá de la pérdida de peso, puede modificar este estado inflamatorio. Nuestro objetivo es analizar los cambios en glicoproteínas, lipoproteínas y metabólica en plasma de pacientes obesos, antes y 18 meses después de la intervención quirúrgica, mediante espectrometría de resonancia magnética nuclear (RMN) buscando entender cómo la cirugía bariátrica modula la inflamación a nivel molecular.

Método: Estudio descriptivo, observacional y prospectivo en pacientes con obesidad sometidos a cirugía bariátrica. Se incluyeron secuencialmente pacientes intervenidos desde noviembre de 2019 a junio de 2020, mayores de 18 años, con IMC superior a 40 o a 35 con una o más comorbilidades relacionadas con la obesidad. Los pacientes fueron sometidos a la técnica quirúrgica indicada en cada caso, independientemente de su participación en el estudio. Se realizó un análisis mediante espectrometría por RMN en plasma extraído en el preoperatorio inmediato y a los 18 meses de la intervención.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes. Edad media de 46,3 años. El 63,46% fueron mujeres, el 36,54% hombres. El IMC medio fue de 43.57, el perímetro abdominal de 133.50 cm. Los resultados mostraron una reducción estadísticamente significativa en los biomarcadores inflamatorios tras la cirugía (tabla 1).

Conclusiones: Este estudio subraya la importancia de la cirugía bariátrica en la modulación del estado inflamatorio y resalta su potencial para influir positivamente en la salud metabólica a largo plazo lo que muestra un rol específico en la mejora de la inflamación sistémica asociada a la obesidad. Los hallazgos sirven como base para futuras investigaciones y para el desarrollo de estrategias terapéuticas que beneficien a pacientes con obesidad.

LIPOPROTEÍNAS	MEDIA Preoperatorio	MEDIA Postoperatoria	Pr(T > t)
VLDL-C	20,08 (9.06)	15,91 (11.69-18.44)	0.0000
IDL-C	11,58 (6.26)	11,0429	0.3732
LDL-C	134,58 (27.47)	115,7819	0.0002
HDL-C	49,56 (11.40)	63,1804	0.0000
VLDL-TG	92,91 (43.37)	64,1019	0.0000
IDL-TG	11,85 (4.92)	12,1835	0.7648
LDL-TG	15,44 (6.30)	13,3915	0.0056
HDL_TG	16,71 (6.48)	16,2438	0.5345
VLDL-P (nmol/L)	69,20 (32.52)	45,8373	0.0000
Large VLDL-P (nmol/L)	1,85 (0.79)	2,1248	0.7367
MediumVLDL-P(nmol/L)	4,61 (3.39)	5,1619	0.3465
Small VLDL-P (nmol/L)	62,74 (30.32)	39,229	0.0000
LDL-P (nmol/L)	1361,30 (269.44)	1136,7929	0.0000
Large LDL-P (nmol/L)	196,06 (43.03)	211,5944	0.4235
MediumLDL-P (nmol/L)	404,52 (138.01)	333,6456	0.0006
LDL-P (nmol/L)2	760,72 (138.45)	623,2798	0.0000
HDL-P (µmol/L)	25,70 (6.11)	42,3927	0.1450
Large HDL-P (µmol/L)	0,32 (0.07)	0,9252	0,3354
MediumHDL-P(µmol/L)	10,17 (2.20)	11,3923	0,0037
Small HDL-P (µmol/L)	15,21 (5.09)	18,9746	0,0000
VLDL-Z (nm)	41,93 (0.29)	41,8796	0,9082
LDL-Z (nm)	20,95 (0.28)	21,526	0,1620
HDL-Z (nm)	8,36 (0.17)	8,5396	0,4644
GLICOPROTEÍNAS			
GlycA	853.4758	594.6068	0.0000
GlycB	355.6313	290.9014	0.0000
GlycF	244.4822	594.6068	0.0000
HWGlyc-A	18.57825	14.12353	0.0000
HWGlyc-B	4.548665	3.699423	0.0000
METABOLÓMICA			
Glucosa	5109.80	3556.845	0,000
Glutamato	165.82	74.6084	0,000
Glicina	258.42	225.884	0,0332
Lactato	772.78	335.0049	0,000
Treonina	266.53	155.7852	0,000
Tirosina	52.12	34.982	0,0001
Valina	212.71	140.2963	0,000
Isoleucina	36.20	26.93523	0,0012
Leucina	125.19	74.54	0,000

O-04

Estudio de la oxidación máxima de grasa durante el esfuerzo (Fat-Max) tras la pérdida de peso inducida por cirugía bariátrica: Resultados del estudio SarcoFit.

Laura Brugnara, Lucia Alonso, Marc Caballero, Judit Viaplana, Romina Olbeyra, Ani De Hollanda, Amanda Jimenez, Judit Molero, Violeta Moizé.

Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: SarcoFit es un estudio aleatorizado y controlado que se llevó a cabo en 74 mujeres susceptibles de sufrir sarcopenia candidatas a cirugía bariátrica (CB) del Hospital Clínic Barcelona durante los años 2020-2023. El objetivo fue evaluar el efecto de dos niveles de suplementación proteica: estándar (SP-S) versus alta (SP-A) sobre los cambios en la composición corporal (MLG, MG), funcionalidad, gasto energético en reposo (GER), oxidación máxima de la grasa durante el esfuerzo (Fat-Max), actividad física y calidad de vida durante el primer año tras CB. Además, en un subgrupo de pacientes SP-Alta, se evaluó el efecto añadido sobre esas variables de un programa de ejercicio físico (SP-AF).

Objetivo: comparar diferencias en Fat-Max durante (basal, 1 mes y 4 meses) y tras la CB (basal, 1 mes y 4 meses) entre los 3 grupos de tratamiento.

Material y métodos: 74 mujeres fueron incluidas y aleatorizadas en los 3 grupos de tratamiento. 66 (90%) completaron el estudio ($56,7 \pm 7,4$ años, $42,9 \pm 4,4$ kg/m²) en los grupos SP-S (n=23), SP-A (n=26) y SP-AF (n=17). La suplementación añadía a la dieta convencional 30g de proteínas en SP-S y 63g proteínas en SP-A y SP-AF. El Fat-Max (mg de lípidos oxidados/min) corregido por la masa magra corporal total en kg (determinado por DEXA) se determinó mediante una prueba de esfuerzo gradual sub-máxima a través de un analizador de gases (ErgoCard CPX-Ergometrix), para calcular el punto máximo de oxidación de grasa realizada antes de la cirugía, al mes y a los 4 meses de seguimiento. Los datos fueron analizados mediante SPSS 27.

Resultados: Los valores de Fat-Max se reflejan en la tabla adjunta. El grupo de personas en SP-A mostró una mayor eficacia en la oxidación de lípidos respecto al grupo de SP-S y el SP-AF.

	SP-S (n=20)	Valor p*	SP-A (n=22)	Valor p*	SP-AF (n=15)	Valor p*
Fat-Max Basal mg/min (media \pm DS)	8,2 \pm 2,7	-	8,4 \pm 2,8		9,1 \pm 2,1	
Fat-Max 1 mes mg/min (media \pm DS)	9,5 \pm 3,1	0,321	10,4 \pm 2,6	0,025	10 \pm 2,1	0,313
Fat-Max 4 meses mg/min (media \pm DS)	9,4 \pm 2,7	0,219	10,2 \pm 2,6	0,011	9,3 \pm 2,3	0,840

*por grupo respecto al basal

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que una ingesta proteica elevada, durante la pérdida de peso inducida por cirugía bariátrica, se asocia a incrementos significativos del punto de máxima oxidación de grasas (Fat-Max). El Fat-Max es un potencial biomarcador de flexibilidad metabólica y su incremento puede estar asociado con una mejor condición física.

Registro ClinicalTrials.gov n^o NCT04771377.

Estudio parcialmente subvencionado con beca @FUNSECO2021

O-05

ESTUDIO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL DEL SADI-S COMO RESCATE TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL

Amador García Ruiz De Gordejuela¹, Javier Osorio², Andrés Sánchez Pernaute³, Mario Nora⁴, Andre Teixeira⁵, Javier Baltar⁶, Claudio Lazzara², Miguel Ángel Rubio³, Fernando Santos⁶, Ana Marta Pereira⁷.

¹Hospital Donostia, San Sebastián, España; ²Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España; ³Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España; ⁴Centre Hospitalar entre Douro e Vouga, Porto, Portugal; ⁵Orlando Health, Orlando, Estados Unidos; ⁶Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España; ⁷Centre Hospitalar entre Douro e Vouga, Porto, España.

Introducción. La Gastrectomía Vertical (GV) es una técnica versátil y efectiva en el manejo de la obesidad mórbida, pero la recidiva ponderal afecta hasta un 30% de los casos según las series. El rescate quirúrgico en estos casos es aún un tema de debate, donde bypass gástrico, cruce duodenal y, recientemente SADI-S tienen un papel importante, cada uno con sus pros y contras.

Objetivo. Evaluar los resultados de un registro internacional de segundo tiempo de SADI-S como rescate a GV con recidiva ponderal.

Métodos. Se recogió un registro de 5 centros de 3 países diferentes todos ellos con amplia experiencia en cirugía de revisión y en SADI-S. Se incluyeron pacientes previamente intervenidos de GV con recidiva de la pérdida ponderal. Se registraron variables tanto de la GV como del SADI-S, focalizados en la pérdida ponderal y en la seguridad de los procedimientos.

Resultados. 5 centros de España, Portugal y Estados Unidos incluyeron casos. Se recogieron un total de 141 pacientes (65.6% mujeres) con una edad media en el momento de la SG de 42.28 años (18-63). El IMC inicial fue de 51.65kg/m² (SD 9.13, rango 36.57-89.35). El intervalo entre ambos procedimientos fue de 39.11 meses (SD 27.35, rango 3-111). El IMC previo al SADI-S fue 39.93kg/m² (SD 7.37, rango 21.04-63.91). TWL tras 60 meses de la conversión a SADI fue 32.26% (SD 12.02) y el IMC 34.33kg/m² (SD 5.77).

El intervalo entre ambos procedimientos no se correlacionó con la pérdida ponderal analizándolo de forma global, ni estratificándolo por cuartiles.

Cuando se evalúan todos los casos de forma lineal desde un punto de vista cronológico desde el T0 de la GV hasta el final del seguimiento del SADI-S, podemos observar casos con hasta 10 años de seguimiento que presentan IMC y TWL (32.92kg/m² ± 6.42 y 33.56% ± 10.49, respectivamente) equivalentes a los resultados que podríamos observar otras series de SADI-S primario.

La morbilidad mayor global fue inferior al 1,5% y no se registró mortalidad en toda la serie.

Conclusiones: El SADI-S como rescate de la GV es una técnica segura y efectiva. El intervalo entre procedimientos parece que no influye en la pérdida ponderal final. En una visión global, el segundo tiempo de SADI-S parece comportarse como una cirugía primaria.

O-06

NISSEN-SLEEVE COMO ALTERNATIVA A LA GASTRECTOMIA VERTICAL EN PACIENTES CON OBESIDAD Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO: RESULTADOS PRELIMINARES PRIMER AÑO

Santiago Mesa Delgado, Raquel Sánchez Santos, Manuel Nogueira Sixto, Paula Fernández Rodríguez, Ignacio Maruri Chimeno, Sonia González Fernández, Patricia Jove Albores, Marta López Otero, Hermelinda Pardellas Rivera, Isabel Otero Martínez.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España.

Introducción: La gastrectomía vertical (GV) es muy popular, especialmente en los casos en los que el bypass gástrico (BPG) no es la mejor opción por diversas causas como anemia, polimedicación o patología gástrica entre otras; sin embargo, la presencia de reflujo gastroesofágico (RGE) que pudiera agravarse tras la GV frena su indicación. La asociación de una funduplicatura Nissen a la GV en la técnica del Nissen-Sleeve (N-S) es una buena alternativa.

MÉTODOS: Se evalúa una cohorte retrospectiva de pacientes a los que se ha realizado N-S en el mismo centro desde 08/2019 a 11/2023 considerando las complicaciones postoperatorias, la resolución del reflujo y la pérdida de peso en los tres primeros años

Resultados: Se incluyen 37 casos de N-S; 72,9% mujeres; con un IMC promedio de 46,6 (rango 30-67) y una edad promedio de 51.43 años (rango 23-69). En cuanto a comorbilidades un 43% tenían HTA, un 8% DM, 52% tomaban IBP previo a la intervención. Un 86% referían RGE previo a la intervención; un 53% presentaban hernia de hiato (HH), un 22% presentaban esofagitis en la endoscopia y un 27% se trataron por H.Pylori+. El motivo de consulta fue obesidad grave (OM) en 35 de los casos, en los que se encontró síntomas de RGE, HH o esofagitis asociada y en 2 pacientes el motivo de consulta fue RGE que asociaban obesidad. La indicación del N-S en lugar de BPG o GV fue variada : 6 casos por HH gigante, 4 casos por superobesidad y RGE, 5 casos por patología gástrica premaligna (pólipos gástricos o gastritis atrófica), 3 casos por polimedicación (1 con trasplante renal) y 2 casos rechazaron. En general, eran casos en los que se hubiera indicado una GV pero presentaban RGE.

Se realizó cirugía robótica en 35% y el resto por laparoscopia; asociando colecistectomía en un 13% y eventroplastia en 2 casos. El tiempo operatorio promedio fue de 144,72 minutos. Hubo complicaciones postoperatorias en 4 pacientes (10%) siendo en 3 casos Clavien I (8%) y 1 caso Clavien III (2,7%) que requirió reintervención y conversión a BPG por intolerancia oral. Estancia postoperatoria promedio 4,2 días. La remisión de los síntomas del RGE se produjo en el 100% de los pacientes y no hay ningún caso de recidiva de HH hasta la fecha. Exceptuando la paciente reintervenida, no hay otros casos de disfagia, náuseas o vómitos en el seguimiento. 24 pacientes tienen un seguimiento mayor de 1 año con un promedio de seguimiento de 24.5 meses. El promedio de %TWL en el primer año es de 20.47(rango 0-50%); en el segundo año de 23.9% (rango 0-54%) y en el tercer año de 28,2% (rango 10.7-52%)

CONCLUSIÓN: El Nissen Sleeve puede ser una buena alternativa para el tratamiento de los pacientes que presenten RGE y OM y en los que el BPG no sea buena opción. La pérdida de peso promedio es prometedora, pero un subgrupo de pacientes pierden menos peso del esperado, por lo que serán necesarios estudios prospectivos randomizados para evaluar los resultados.

O-07

MEDICIÓN MEDIANTE TC DEL VOLUMEN GÁSTRICO ANTES Y DESPUÉS DE LA GVL. ¿SE CORRELACIONA EL VOLUMEN RESECADO O RESIDUAL CON UNA MAYOR PÉRDIDA DE PESO?

Antoni Molera Espelt¹, Roger Homs Samsó¹, Laia Sala Vilaplana¹, Eulàlia Ballester Vázquez¹, Elisabet Julià Verdaguer¹, Juan Carlos Pernas Canadell¹, Carme Balagué Ponz², Eduard Maria Targarona Soler¹, Sonia Fernández-Ananín¹.

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España; ²Hospital Mutua, Terrassa, España.

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es el procedimiento de cirugía bariátrica más utilizada a nivel mundial y ofrece buenos resultados tanto con relación a la pérdida de peso como a la resolución o mejoría de comorbilidades. Existen diferentes publicaciones que analizan la relación entre volumen gástrico resecado y el volumen del reservorio gástrico y la pérdida de peso, con resultados dispares.

El objetivo de este estudio es evaluar si el volumen gástrico resecado y el del reservorio gástrico son predictores de la eficacia de la pérdida de peso a corto y largo plazo.

Material y métodos: Se ha analizado retrospectivamente una base de datos de pacientes sometidos a GVL entre enero de 2012 y octubre de 2018. Se realizaron tomografías computarizadas (TC) multicorte con reconstrucción en 3D antes de la operación, a los 2 meses y al 1 año después de la cirugía, con la finalidad de evaluar el volumen gástrico con un protocolo de examen específico. Los parámetros volumétricos (volumen reservorio gástrico, % volumen resecado y diferencia de volúmenes) se compararon con parámetros antropométricos (peso, IMC, %EWL y %TWL) a 2 meses, al 1 año y a largo plazo.

Resultados: 92 pacientes fueron incluidos en el estudio. El 77.2% (n=71) fueron mujeres. La edad media fue de 49.6 años (rango 23-66). El IMC preoperatorio medio fue de 43.7 kg/m² y el volumen gástrico preoperatorio medio medido mediante volumetría de TC fue de 681.5 ml ± 215.8. El volumen gástrico remanente medio fue de 123.9 ml a los 2 meses y de 189.3 ml al año; este aumento fue estadísticamente significativo (p<0,001). Se encontró una correlación significativa entre el porcentaje de estómago resecado (volumen preoperatorio /volumen 2 meses x100) y el %TWL (p=0,036) al año. En cambio no se encontraron diferencias significativas entre el porcentaje de estómago resecado al año con las medidas antropométricas de los pacientes a largo plazo. En la comparación del volumen gástrico residual con los parámetros antropométricos no se encontró una asociación significativa. La media de seguimiento fue de 50.4 meses (rango 4-132) con un descenso de más de 11 puntos en el IMC (IMC32.6 kg/m²) y un %TWL del 25.36% de media.

Conclusiones: La dilatación gástrica del estómago residual y el incremento del volumen del reservorio gástrico influyen en los resultados antropométricos a corto plazo. No obstante, no se ha evidenciado asociación entre el volumen gástrico residual y los parámetros antropométricos a largo plazo. Por tanto, podríamos afirmar que gastrectomías más restrictivas consiguen una mayor pérdida de peso a corto plazo sin predecir un mayor beneficio a largo plazo.

O-08

¿SON FIABLES LOS TEST PREOPERATORIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA DEL PACIENTE OBESO? CORRELACIÓN ENTRE ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA Y BIOPSIA HEPÁTICA.

Eulalia Ballester, Roger Homs, Elisabet Julià, Laia Sala, Sonia Stephanía Chavarría, Cecília Vila, Antoni Molera, German Soriano, Inka Miñambres, Sonia Fernandez-Ananín.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Objetivos: La enfermedad hepática no alcohólica (EHNA) es una patología asociada a la obesidad mórbida y una de las causas más frecuentes de cirrosis hepática en los países desarrollados. La presencia de fibrosis e hipertensión portal incrementa el riesgo quirúrgico y las complicaciones perioperatorias, pudiendo influir en la indicación de la cirugía bariátrica y de la técnica. La ecografía abdominal, las pruebas de función hepática y la elastografía son exámenes no invasivos que pueden estimar la presencia de fibrosis hepática, siendo aún la biopsia hepática el método *gold-standard* para su diagnóstico. En estos pacientes los estudios preoperatorios que evalúan la rigidez hepática pueden no ser fiables dado el incremento de grasa abdominal. El objetivo de este estudio es analizar la correlación entre los *test* preoperatorios que cuantifican el grado de fibrosis hepática y los hallazgos en la biopsia.

Material y métodos: Se diseñó un estudio observacional retrospectivo para analizar la correlación entre los resultados de las pruebas preoperatorias (parámetros de función hepática y elastografía hepática) que evalúan el grado de fibrosis hepática y los resultados en las biopsias intraoperatorias en los pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica primaria.

Resultados: Se han analizado los resultados de 38 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica primaria (60% Bypass gástricos) en nuestro centro entre 2018 y 2023. El 63.9% de los pacientes eran mujeres. La media de edad fue de 52.12 años (± 8.29), con una media de IMC de 44.06 Kg/m² (± 5.86).

La incidencia de fibrosis hepática en las biopsias de nuestra muestra fue de un 8.8% a pesar de que el 70.6% de los pacientes tenían elastografías hepáticas patológicas con indicación de biopsia hepática intraoperatoria.

El parámetro analítico que mostró correlación con la presencia de esteatosis en la biopsia fue la ALT, aunque no mostró significación estadística. En el caso de la fibrosis hepática, ningún parámetro analítico mostró correlación estadísticamente significativa con el hallazgo de fibrosis en la biopsia.

La sensibilidad de la elastografía hepática para el diagnóstico de esteatosis hepática en nuestra muestra fue del 92.86%, con una especificidad del 50%, un VPP del 96.3% y un VPN del 33.3%. La sensibilidad para la elastografía hepática para el diagnóstico de la fibrosis hepática en nuestra muestra fue de 66.66%, y la especificidad del 24.13%. El VPP fue de 8.33% y el VPN fue del 87.5%.

La precisión de la elastografía hepática para el diagnóstico de esteatosis fue de 90% y para el diagnóstico de fibrosis del 28.13%.

Conclusiones: En nuestra muestra no se identificó una buena correlación entre la elastografía hepática y la presencia de fibrosis en la biopsia hepática, siendo un examen preoperatorio con una baja precisión (28.13%) para el diagnóstico de fibrosis hepática, pudiendo sobreestimar la incidencia de fibrosis hepática en los pacientes obesos.

O-09

Desarrollo de un modelo de predicción de percentiles de evolución ponderal tras bypass gástrico

Marc Beisani Pellise¹, María Dolores Frutos², Adrián Vizoso³, María Carmen Balaguer⁴, Alicia Molina⁵, Amador García⁶, Fátima Sabench⁷.

¹Hospital del Mar, Barcelona, España; ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España; ³Medical Statistics Unit, Hospital del Mar Research Institute, Barcelona, España; ⁴Hospital Mutua, Terrassa, España; ⁵Clínica Diagonal, Barcelona, España; ⁶Hospital Universitario de Donostia, Donostia, España; ⁷Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.

OBJETIVOS: Valorar adecuadamente la evolución ponderal tras un bypass gástrico puede ser complejo, pues las métricas habituales deben ser interpretadas en relación a las características basales del paciente y el tiempo transcurrido tras la intervención.

La implementación de curvas de percentiles permitiría analizar la evolución ponderal de forma más precisa, simple y dinámica. Además, mediante modelos informáticos avanzados, podrían generarse curvas de percentiles adaptadas a las características individuales de cada paciente. Entre las aplicaciones de esta herramienta innovadora se encontraría la identificación precoz de sujetos vulnerables que pudieran beneficiarse de un seguimiento intensificado. Además, enriquecería la comunicación con los pacientes introduciendo un elemento visual y de fácil comprensión.

Así pues, el objetivo de este estudio es la creación de un modelo de predicción de percentiles de evolución ponderal tras bypass gástrico.

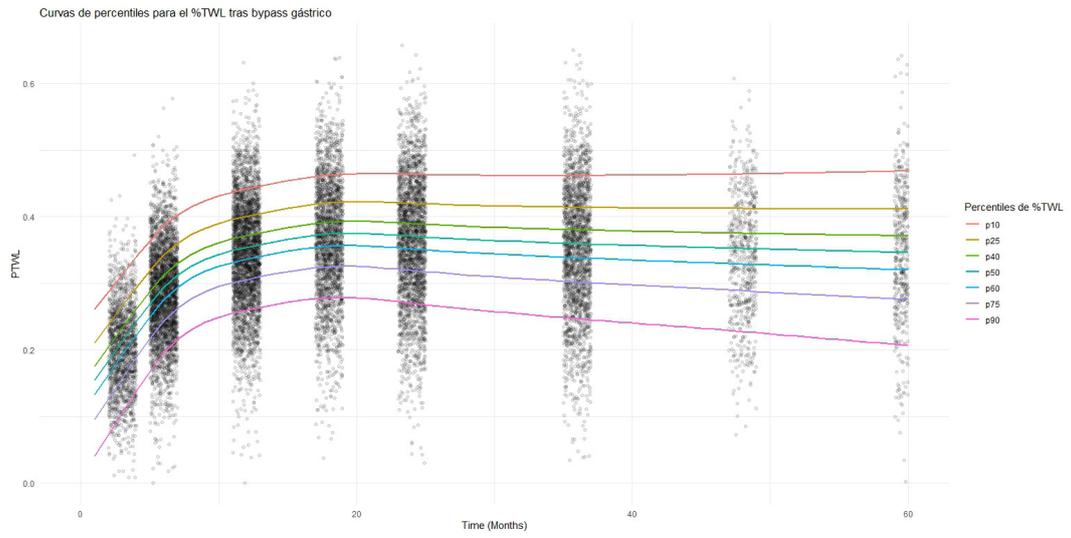
Material y métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo con datos obtenidos de las bases prospectivas de 18 centros nacionales. Se incluyeron todos los pacientes entre 18 y 65 años e índice de masa corporal (IMC) entre 35 y 80 kg/m², intervenidos de bypass gástrico laparoscópico primario sin complicaciones postoperatorias. Como variables para el modelo, se recogieron la edad, el sexo, la presencia de diabetes (DM2) preoperatoria y el IMC preoperatorio, así como la evolución ponderal. El análisis estadístico se realizó con el programa R, utilizando el paquete “gamlss” para el modelaje de datos.

Resultados: Se incluyeron 4.060 pacientes intervenidos entre 1998 y 2023. Un 76,2% eran mujeres y un 29% presentaban DM2. Las medias de edad e IMC preoperatorio fueron de 44(±10) años y 46(±6) kg/m². El seguimiento a 3, 6, 12, 18, 24, 36, 48 y 60 meses fue del 42%, 79%, 82%, 58%, 67%, 56%, 17% y 25%, respectivamente.

Se desarrolló un modelo GAMLSS (*Generalized Additive Models for Location, Scale and Shape*) con distribución BCT para predecir el porcentaje de pérdida de peso (%TWL) en función del tiempo postoperatorio y las covariables relevantes. Se modelaron los parámetros de la distribución en función de las covariables añadiendo funciones de suavizado. Para el entrenamiento el modelo se utilizó el 80% de la cohorte, reservando el otro 20% como conjunto de prueba. Se utilizó validación cruzada para garantizar la validez interna del modelo en el conjunto de entrenamiento. También se analizaron los residuos mediante gráficos de gusano. El RMSPE (*root mean squared percentage error*) del modelo final fue del 12,9%.

El modelo obtenido permite predecir, en función de las covariables, el %TWL entre 3 y 60 meses postoperatorios. Mediante este modelado, pueden obtenerse gráficos de curvas de percentiles de %TWL en función del tiempo (Figura 1). Asimismo, entre los 3 y 60 meses postoperatorios, permite determinar el percentil al que correspondería la pérdida de peso obtenida por un paciente dentro de su subgrupo específico de edad, sexo, BMI inicial y presencia de DM2.

Conclusiones: El desarrollo de un modelo de predicción de percentiles que incluye el tiempo transcurrido desde la cirugía y las principales características basales del paciente bariátrico permite simplificar y personalizar el análisis de la evolución ponderal tras bypass gástrico.



O-10

COMPLICACIONES MAYORES TARDIAS DEL BYPASS GASTRICO CON BANDA POR LAPAROSCOPIA

Jose Luis De La Cruz Vigo¹, Jose María Canga Presa¹, Maria Isabel Martínez Rodríguez¹, Pilar Sanz De La Morena¹, Felipe De La Cruz Vigo².

¹HM San Francisco, León, España; ²Clínica Nuestra Señora del Rosario, Madrid, España.

OBJETIVOS: Existe una gran heterogeneidad en la comunicación de resultados de las complicaciones del Bypass Gástrico laparoscópico, mezclando con frecuencia tanto la gravedad como cronología de las mismas. Por ello hemos querido analizar nuestros resultados según la clasificación más completa, la de BRETHAUER-ASMBS-SOARD (2015).

PACIENTES Y MÉTODOS: Se trata de un estudio prospectivo efectuado en 2 Centros Privados realizado por dos cirujanos (JLCV y FCV). Desde junio de 1999 hasta Diciembre de 2020 se han operado 2200 pacientes por obesidad mórbida, todos ellos mediante Bypass Gástrico (B.G.) laparoscópico con banda. Utilizando la clasificación de BRETHAUER se dividen las complicaciones en precoces (< 30 días) o tardías (>30 días) y a su vez en mayores y menores según su gravedad. Hemos analizado las complicaciones mayores tardías, es decir, las acontecidas a partir de los 30 primeros días. Seguimiento medio 13.9 años.

Resultados: Se han detectado un total de 156 (7.1%) complicaciones postoperatorias tardías, mayores 80 (3.6%) y menores 76 (3.5%). : estenosis anastomosis 60 (2.7%), ulcera anastomótica 57 (2.6%), obstrucción intestinal 24 (1.1%), estenosis del cerclaje 6 (0.27%), hernia ventral 2 (0.1%).

La complicaciones mayores se muestran en la Tabla I: obstrucción intestinal 24, perforación de úlcera 21, estenosis del cerclaje 6, hernia ventral 2, reganancia de peso y ulcera 1, ocasionando 56 (2.5%) Reoperaciones (REOP). Mortalidad nula derivada de la técnica.

Número de readmisiones (READ) 92 (4.2%), la gran mayoría ocasionada por las reintervenciones.

COMPLICACIONES MAYORES TARDIAS

Complicaciones mayores tardias	N=2200 (n) %
Hernia ventral	(2) 0.10% 1*
Estenosis, ulcus	0.04% 1*
Obstrucción, endoscopia terapéutica	(24) 1.1%
Estenosis banda	(6) 0.27% 6*
Hemorragia - ulcus	(20) 0.90%
Perforación ulcus	(21) 0.95% 19*
Reoperaciones*	(56) 2.50% 53*
Readmisión	(92) 4.18%
Mortalidad	(0)
Total	(80) 3.60%

* Requieren reintervención

De las 24 obstrucciones intestinales, 19 lo fueron por hernia interna (HI) 0.86%, con la siguiente distribución: orificio mesocólico 4, espacio de Petersen 15, brecha mesentérica 0. La hernia interna es la complicación tardía más temible y demostraremos como es absolutamente prevenible.

De los 2200 Bypass Gástricos en 276 se realizó la técnica retrocólica con una incidencia de HI de 1.8%. En los 1934 Bypass antecólicos la incidencia de HI fue 0.5%. Pero en los 1147 casos de bypass antecólico con cierre del espacio de Petersen no ha habido hasta ahora ningún caso de hernia de Petersen. Existe diferencia significativa $p < 0.0003$ en la serie antecólica entre no cierre y cierre de Petersen.

Desde el principio de la serie se cerró la brecha mesentérica, no habiendo detectado ninguna hernia interna en este espacio.

Conclusiones: En una técnica compleja como el Bypass Gástrico es fundamental la experiencia de equipo quirúrgico. El cierre de todos los espacios con sutura manual y material irreabsorbible puede reducir y/o hacer desaparecer la hernia interna en el B.G. Muchos estudios randomizados no explican suficientemente este punto y los resultados son notablemente peores de los que pueden obtenerse con una técnica adecuada.

O-11

Remodelado transcripcional de la grasa subcutánea tras una pérdida de peso y mejora metabólica post cirugía bariátrica: nuevas claves terapéuticas

Ester Martínez Negro¹, Pablo Fernández García², Daniela Rodríguez Marín³, Patricia Cifuentes Fuentes³, Jose María Balibrea Del Castillo⁴, Mariano Alvarez Antolinez³, Sagrario Martínez Cortijo³, David Sánchez-Infantes Sánchez², Patricia Corrales Cordón².

¹Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, España; ²Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, España; ³Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón, España; ⁴Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Objetivos: La obesidad constituye actualmente un problema de salud pública de primer orden. La cirugía bariátrica es considerada como la mejor opción terapéutica que consigue resultados satisfactorios a medio y largo plazo.

El objetivo del presente trabajo es identificar nuevas dianas terapéuticas en la modulación del transcriptoma que ocurre en el tejido adiposo blanco subcutáneo (scWAT, subcutaneous white adipose tissue) tras la pérdida de peso y mejora metabólica post cirugía bariátrica.

Material y métodos: Se han incluido en el estudio 33 pacientes con obesidad intervenidos de cirugía bariátrica entre junio de 2022 y junio de 2023, excluyendo aquellos pacientes que presentaban patologías inflamatorias diferentes a las relacionadas con la obesidad y que pudieran alterar los resultados del estudio. De los 33 pacientes incluidos, 8 abandonaron el estudio. Hay un total de 16 mujeres y 8 hombres. De todos estos, se les realizó bypass gástrico a 22 pacientes y gastrectomía vertical a 2, todos ellos por vía laparoscópica. Finalmente se seleccionaron los 22 pacientes sometidos a bypass para realizar el estudio.

Se tomaron muestras de sangre y una biopsia de scWAT en el momento de la intervención, y a los tres meses después de ésta, así como datos clínicos y medidas antropométricas de los individuos. Posteriormente, se llevó a cabo un estudio transcriptómico por RNAseq de las biopsias de tejido adiposo.

Resultados: Nuestros resultados muestran por primera vez los cambios transcripcionales ocurridos en el scWAT a los 3 meses después de la intervención de cirugía bariátrica. También describimos que existe una disminución significativa ($p < 0.05$) de la glucosa en sangre, además de niveles disminuidos de HbA1c (IFCC), insulina, triglicéridos y colesterol en suero, junto con una disminución del índice HOMAIR.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra cuáles son las primeras señales de mejora metabólica en scWAT tras cirugía bariátrica, identificando aquellos genes y rutas moduladas después de 3 meses de la intervención. Estos resultados promoverán el descubrimiento de nuevas dianas terapéuticas para luchar contra la obesidad y otras patologías metabólicas asociadas.

O-12

FACTORES PREDICTORES DE LA MEJORA O CURACION DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA BARIATRICA.

Sergio Navarro Nartinez, Jose Angel Diez Ares, Nuria Peris Tomas, Maria Dolres Perañez Gomez, Carmen Paya Llorente, Juan Carlos Sebastian Tomas, Alvaro Perez Rubio, Ana Alvarez.

Hospital Universitario Doctor Peset, valencia, España.

Introducción: La obesidad constituye el factor de riesgo principal para el desarrollo de apnea obstructiva del sueño (AOS). La hipótesis de trabajo es que, tras la pérdida de peso, los pacientes que sean sometidos a cirugía bariátrica mejorarán o se curarán de la AOS por la mejoría o resolución de las comorbilidades metabólicas y por la modificación de la anatomía de la vía respiratoria superior (VAS). Por lo que, en la comorbilidad metabólica y en la anatomía prequirúrgica de la vía aérea superior existen factores predictores de respuesta de la AOS tras cirugía.

Material y métodos: Diseñamos un estudio prospectivo longitudinal con muestreo consecutivo de casos cuyo objetivo principal es identificar factores predictores de mejoría y curación de la AOS. Se solicita una poligrafía cardiorrespiratoria (PR) ambulatoria nocturna prequirúrgica para el despistaje de AOS a los pacientes sin diagnóstico previo. El otorrinolaringólogo realiza una exploración con nasofibroscopio de la VAS a todos los pacientes. Se realiza también un cuestionario para valorar la sintomatología asociada a la AOS. Tras la intervención quirúrgica los pacientes siguen controles clínicos periódicos donde se evalúa la pérdida de peso, las posibles complicaciones derivadas de la cirugía bariátrica y la resolución de las comorbilidades. Para valorar la respuesta de la AOS se solicita al año una nueva PR (sin CPAP, en caso de utilizarla) a los pacientes con AOS. El otorrinolaringólogo realiza de nuevo el mismo cuestionario y valoración clínica que se realizó en preoperatoriamente.

Resultados: Se estima en 75% (IC95%: 66,5-86,5%) la prevalencia de AOS en pacientes subsidiarios de cirugía bariátrica. En un primer análisis multivariante mediante regresión logística múltiple destacan la edad y el tabaquismo como factores predictores de curación.

- Cada año adicional de edad reduce un 10% en promedio la probabilidad de curar la AOS con la cirugía (OR=0,90; p=0,041).

- Un fumador presenta un OR de curación disminuido en un 89% respecto a un no fumador (OR=0,11; p=0,035).

Otro análisis multivariante por entrada automática paso a paso de las variables añade como factores predictores el índice de masa corporal (IMC) prequirúrgico y el perímetro del cuello. Cada 1 kg/m² adicional prequirúrgico implica una disminución del 14% en la probabilidad de curación (OR=0,86; p=0,037) y cada centímetro de perímetro cervical adicional supone disminuir la probabilidad de curación en un 16% (OR=0,84; p=0,018).

El peso medio prequirúrgico es de 106,4 ± 16,1 kg, al mes de la intervención es de 95,6 ± 14,7 kg, a los 3 meses es de 87,6 ± 13,6 kg, a los 6 meses de 81,9 ± 14,2 kg y al año de la intervención de 77,7 ± 15 kg (p<0,001).

Conclusiones: La prevalencia de AOS en pacientes candidatos a cirugía bariátrica es muy elevada. La edad, el hábito tabáquico, el IMC y el perímetro cervical son factores predictores de curación de la AOS tras un año de la cirugía bariátrica. La edad y el hábito tabáquico son los más potentes.

La cirugía bariátrica es una técnica segura para el tratamiento de los pacientes obesos mórbidos con AOS.

O-13

ANÁLISIS A LARGO PLAZO DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA: SEGUIMIENTO A 10 AÑOS

Emilio López-Negrete Cueto Cueto, Pamela Ibero Casadiego, Julián Carrizo Rodríguez, Sandra Sanz Navarro, Raquel Rodríguez Uría, Sonia Amoza Pais, María Moreno Gijón, Jose Luis Rodicio Miravalles, Estrella Turienzo Santos, Lourdes Sanz Álvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida de pacientes sometidos a cirugía bariátrica a largo plazo.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo en el que analizamos la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica (CB) entre enero de 2010 y diciembre de 2013. Se incluyeron todos los pacientes operados de cirugía de la obesidad en nuestro centro entre esas fechas. Se utilizó el cuestionario Moorehead-Aldert II (M-AQoLII) incluido en el BAROS ("Bariatric Analysis and Reporting Outcome System"), cuestionario específico para pacientes postoperados de cirugía bariátrica, en el que se mide la CVRS en las distintas esferas (autoestima, esfera física, social, laboral y sexual) según una escala que oscila de mucho peor, peor, igual, mejor o mucho mejor con respecto a antes de la cirugía. El cuestionario fue realizado a los 10 años de la intervención.

Resultados: Se incluyeron 166 pacientes intervenidos de CB, de los cuales 118 (71,1%) eran mujeres, con una edad media de 44,7 años ($\pm 10,1$). Se realizaron 151 bypass gástricos (91%) y 15 gastrectomías verticales (9%). A los 10 años se mantuvieron a seguimiento 99 pacientes (59,6%) y se registraron 17 fallecimientos (10,4%), ninguno de ellos relacionados de forma directa con la cirugía.

Los resultados obtenidos a los 10 años en el M-AQoLII mostraron que el 77,7% de los entrevistados refirieron encontrarse mejor o mucho mejor de autoestima, el 75% percibían mejor o mucho mejor estado físico, el 55% presentaban mejor o mucho mejor vida social, el 77,7% referían un desarrollo de su vida laboral mejor o mucho mejor que previamente y un 47,6% describían mejor o mucho mejor vida sexual.

Conclusiones: El cuestionario M-AQoLII ofrece una herramienta sencilla que arroja resultados favorables a los 10 años con una mejoría en la calidad de vida de los pacientes operados de cirugía bariátrica, lo que podría justificar una mayor inversión de profesionales y recursos para mejorar la atención de estos pacientes.

O-14

¿EXISTEN DIFERENCIAS EN CUANTO A LOS RESULTADOS MATERNO-FETALES SEGÚN EL MOMENTO DE GESTACIÓN TRAS LA CIRUGÍA BARIÁTRICA?

Nuria Lara Martín, Javier Martínez Caballero, Lucía Lavin Montoro, María Orellana León, Sofía Lorenzo Mañas, Cristina Alegre, Carlos Coello Hollebecq, Pilar Gómez Rodríguez, Elías Rodríguez Cuellar, Eduardo Ferrero Herrero.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Objetivos: Analizar las complicaciones materno-fetales en pacientes sometidas a cirugía bariátrica (CB) según el momento de la gestación desde la intervención

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en pacientes con gestación antes y después de 12 meses tras CB entre el 01/01/2012 y el 31/12/2021.

Al alta todas las pacientes recibieron suplementos vitamínicos: B12 mensual, complejo multivitamínico y suplementación específica ante la presencia de déficits específicos. Se realiza un seguimiento durante los primeros 24 meses por Nutrición y Cirugía General.

Las variables cualitativas se expresan mediante porcentajes y se analizan mediante test exacto de Fisher. Las cuantitativas se expresan como la media y desviación estándar.

Resultados: De las 550 mujeres intervenidas en este periodo 25 (4.5%) tuvieron una gestación a término tras la CB. La edad de las de las pacientes intervenidas fue de 31.24 ± 6.03 años con un IMC previo a la cirugía de 46.3 ± 5.08 kg/m². Se realizó BPGYR-A en 76% (19) y GVL en 24% (6).

El tiempo medio hasta la fecundación tras la CB fue de 19,3 meses, siendo el IMC medio pregestacional de 30.86 kg/m². Todas las pacientes tuvieron un seguimiento obstétrico estricto.

El 32% se embarazaron antes de los 12 meses tras la cirugía mientras que el 68% después de los 12 meses. Ambos grupos son homogéneos respecto a: edad, HTA, DM2, SAOS, hipotiroidismo, SOP, síndrome antifosfolípido y técnica quirúrgica.

El peso medio de los recién nacidos es 2.810 ± 2.87 sin diferencias entre grupos. Respecto a alteraciones fetales no se han objetivado diferencias significativas entre el grupo <12 meses y >12 meses en la frecuencia de: feto pequeño para la edad gestacional (0% vs 11.8%, $p = 0.312$), cardiopatía fetal ecográfica (0% vs 11,8%, $p = 0.312$) ni crecimiento intrauterino retardado (25% vs 11.8% , $p = 0.4$). La mortalidad fetal intrauterina fue del 12,5% ($p = 0.13$), un caso en el grupo <12 meses.

Respecto a complicaciones maternas tampoco se han objetivado diferencias entre grupos respecto a HTA gestacional (0% vs 5.9%, $p = 0.4$) y alteración del test O'Sullivan (50% vs 23,5%, $p = 0.19$) de las cuales ninguna desarrolló diabetes gestacional con medidas higiénico-dietéticas. Tampoco hay diferencias respecto a la frecuencia de déficits nutricionales (50% vs 47.1%, $p=0.891$). El déficit más frecuente en el grupo <12 meses es el de vitamina D (37.5%), seguido de B12 (12,5%) no asociado a gastritis atrófica; no se han encontrado déficit de B9 (fólico) ni ferropenia.

En relación a las características del parto la tasa de cesáreas fue de 37.5% en el grupo < 12 meses y 29.4% en el grupo > 12 meses ($p = 0.686$). Una paciente (14.3%) del grupo < 12 meses presentó inserción velamentosa del cordón umbilical como complicación de la gestación que ocasionó la muerte fetal intrauterina.

Conclusiones: No hemos observado, en nuestra muestra, mayor número de complicaciones fetales, maternas ni relacionadas con el parto en las pacientes gestantes antes de los 12 meses tras la CB con adecuado seguimiento obstétrico y nutricional con suplementación oral.

O-15

COMPLICACIONES MAYORES PRECOCES DEL BYPASS GÁSTRICO ANILLADO POR LAPAROSCOPIA: 2.200 CASOS

Jose Luis De La Cruz Vigo¹, Jose María Canga Presa¹, Maria Nuria Alvarez Diez¹, Pilar Sanz De La Morena¹, Felipe De La Cruz Vigo².

¹HM San Francisco, León, España; ²Clínica Nuestra Señora del Rosario, Madrid, España.

Objetivos: Existe actualmente un renovado interés en comparar las complicaciones inmediatas (primeros 30 días) del Bypass Gástrico (B.G.) frente a la Gastrectomía Vertical (G.V.). Nos enfrentamos a varios problemas a la hora de interpretar los resultados, entre los que se encuentran la experiencia previa de los grupos quirúrgicos en las dos técnicas y sobre todo la falta de unanimidad en cuanto a la clasificación de las complicaciones. Por ello presentamos los resultados de complicaciones mayores inmediatas obtenidos en nuestra serie aplicando las dos clasificaciones más admitidas a nivel mundial: la de CLAVIEN-DINDO (2004) y la de BRETHAUER-ASMBS-SOARD (2015). La primera es más sencilla de aplicar y ha sido validada para cirugía de la obesidad, pero solo es aplicable a las complicaciones postoperatorias precoces. La segunda ha sido concebida específicamente para la cirugía bariátrica y puede aplicarse tanto a complicaciones inmediatas como tardías.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio prospectivo efectuado en 2 Centros (el 99% de las intervenciones dos Hospitales Privados) y realizado por dos cirujanos (JLCV y FCV). Desde junio de 1999 hasta diciembre de 2020 se han operado 2200 pacientes por obesidad mórbida, todos ellos mediante bypass gástrico laparoscópico con banda. El IMC medio era 47.2 kg/m^2 , (32-81). El 43% eran superobesos. La media de comorbilidades por paciente, 3. Hemos incluido como complicaciones mayores precoces las acontecidas en los 30 primeros días. Incluyen los grados 3b,4, 4a,4b y 5 de la clasificación de Clavien-Dindo y las incluidas como mayores precoces en la de Brethauer.

Resultados: Se muestran en las tablas I y II

TABLA I. CLAVIEN - DINDO

COMPLICACIONES MAYORES PRECOCES (30 d)	N= 2200 (n)%
Fístula anast. G-Y	(4) 0.18% 4*
Fístula reservorio-otras	(17) 0.77% 7*
Obstrucción-endoscopia	(4) 0.18% 3*
Infección de banda	(1) 0.04% 1*
Abceso intraabdominal	(3) 0.14% 2*
Reoperaciones	(23) 1%
Readmisión	(22) 1%
Mortalidad	(2) 0.90%
TOTAL	33 1.5%

TABLA II BRETHAUER

COMPLICACIONES MAYORES PRECOCES (30 d)	N= 2200 (n) %
Fistula anast. G-Y	(4) 0.18% 4*
Fistula reservorio-otras	(17) 0.77% 7*
Hemorragia	(10) 0.45% 6*
Obstrucción-endoscopia	(4) 0.18% 3*
Infección de banda	0.04%
Abceso intraabdominal	0.14%
Reoperaciones	(23) 1%
Readmisión	(23) 1%
Mortalidad	0.90%
TOTAL	41 1.9

*Requieren reintervención

La diferencia de las complicaciones mayores (0.4%) entre una clasificación y otra viene dada porque en la clasificación de Brethauer se contabiliza cualquier hemorragia que requiera transfusión, estancia de más de 7 días y nutrición parenteral para las fistulas.

Conclusiones: Desafortunadamente aún no existe un criterio unánime de cómo presentar el número de complicaciones y en una técnica compleja como es el Bypss Gástrico esto es fundamental, como también la experiencia previa de equipo quirúrgico en una determinada técnica. Muchos estudios randomizados no explican suficientemente este punto y los resultados expresados son notablemente peores de los que pueden obtenerse con una técnica experimentada.

O-16

REPARACIÓN SIMULTÁNEA DE DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL Y CIRUGÍA BARIATRICA

Beatriz Carrasco Aguilera, Sonia Amoza Pais, Maria Moreno Gijon, Sandra Sanz Navarro, Raquel Rodriguez Uria, Pablo Del Val Ruiz, Ainoa Fraile González, Jose Luis Rodicio Miravalles, Estrella Turienzo Santos, Lourdes Sanz Alvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: El tratamiento quirúrgico simultáneo de la obesidad y de patología de pared abdominal es un tema controvertido por la elevada tasa de recidiva. Muchos autores recomiendan realizar la reparación de las hernias en un segundo tiempo cuando se haya perdido peso y este esté estabilizado. Pero cuando existe alguna víscera encarcerada o se reduce el contenido del saco es aconsejable reparar el defecto en el mismo acto. Nuestro objetivo es analizar la tasa de recidiva y morbilidad al realizar la cirugía conjunta de la obesidad y el defecto de la pared abdominal.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro de ambas patologías desde octubre de 2004 hasta febrero de 2023.

De los 943 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica durante ese período, a 63 se les realizó cirugía conjunta.

Resultados: El 65.1% fueron mujeres (n=41) con una edad media de 49.8 años (28-61). El IMC prequirúrgico fue de 46.83 Kg/m². Se realizaron 55 bypass gástricos y 8 gastrectomías verticales, con abordaje laparoscópico en el 66%. Fueron reparadas 28 hernias (excluyendo las hernias inguinales) y 35 eventraciones.

A 8 pacientes (12.7%) se le realizó sutura primaria y al resto colocación de malla (n=55): en posición intraabdominal al 44.4 % (n=28), preperitoneal al 6.3% (n=4), retromuscular al 9.5% (n=6) y onlay al 27% (n=17). El material de las mallas usadas fue según la preferencia de cada cirujano siendo las más frecuentes de PVDF (28.6%) y polipropileno (22.2%).

La mortalidad perioperatoria fue del 0% y la morbilidad de la serie del 23.8%. Conforme a la clasificación de Clavien-Dindo se distribuyeron en tipo I 2 pacientes, II en 4, IIIa 3 y IIIb 6 pacientes. Sólo 5 pacientes tuvieron complicaciones de la pared; 3 infección de sitio quirúrgico, un seroma con necesidad de drenaje quirúrgico y una hernia umbilical encarcerada que precisó reintervención y colocación de malla.

Con una mediana de seguimiento de 62 meses la tasa de recidiva herniaria fue del 23.8% (n=15), la mayoría asintomáticas.

Existe una relación entre la recidiva herniaria y la reparación con sutura primaria (p=.001).

No hay relación estadísticamente significativa entre la recidiva y la localización del defecto (p=.169), tipo de fijación de la malla (p=.194), posición (p=.25) o del material empleado (p=.103).

Conclusiones: La realización de la cirugía conjunta de la obesidad con la reparación de defectos herniarios es segura, asumiendo una tasa de recidiva herniaria mayor que en pacientes con normopeso.

El uso de malla es recomendable para la reparación de estos defectos.

El material de la malla, el sistema de fijación de la misma y la posición a nivel de la pared abdominal no influye en la tasa de recidiva herniaria en nuestra serie.

O-17

IMPLEMENTACIÓN Y UTILIDAD DE LA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Maria Lapeña, Mari Carmen Fernández, Raquel Alfonso, Rosa Martí, Andrés Peña, Norberto Cassinello.

Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.

Objetivo: La endoscopia digestiva alta (EDA) es un procedimiento de gran utilidad para el manejo diagnóstico y terapéutico de lesiones del tracto digestivo superior. A pesar de que su uso intraoperatorio es de gran utilidad, su empleo por parte de cirujanos es limitado en nuestro entorno. El objetivo de esta comunicación es explicar el proceso de formación en endoscopia digestiva alta e implementación de esta en una unidad de cirugía bariátrica.

Material y métodos: Revisión del periodo de formación en EDA de un cirujano en el servicio de endoscopias y de los procedimientos bariátricos a los que se le ha realizado una EDA intraoperatoria.

Resultados: Tras la realización de las dos primeras fases de formación en endoscopia digestiva alta intraoperatoria (bases teóricas y quirófano experimental), se acordó con la Unidad de Endoscopias del hospital un programa de formación en endoscopia validado por ambos servicios y jefatura del hospital. En el programa se comprometen tanto la unidad de endoscopias como el cirujano en formación a asistir un día a la semana a la unidad de endoscopias con la finalidad de aprender endoscopia básica, tanto en pacientes operados como no-operados e inicio en técnicas básicas como toma de biopsias o la aplicación de endo-clips hemostáticos. Posteriormente, supervisión de los primeros casos intraoperatorios. Este programa permite al cirujano realizar más de 100 endoscopias durante su periodo de aprendizaje.

Tras finalizar la formación, se han realizado más de 50 endoscopias intraoperatorias durante los primeros 6 meses de implantación de la endoscopia intraoperatoria en la unidad de bariátrica. La EDA intraoperatoria es de gran utilidad para la comprobación endoluminal de la línea de grapas y anastomosis en casos complejos o en cirugías de revisión. Permite valorar intraoperatoriamente las hernias de hiato, en especial aquellos casos en los que la endoscopia preoperatoria muestra hernias de menos de 3 cm. La EDA intraoperatoria (tras la pérdida de un 10% con los batidos) permite la valoración en el momento de la cirugía del hiato, y en el caso que se descarte la presencia de la hernia de hiato (línea Z e impronta al mismo nivel, con cardias competente en retrovisión), evita la manipulación de la zona de los pilares, disminuyendo el tiempo quirúrgico y posibles complicaciones. En caso de que se confirme la hernia, o en hernias de mayor tamaño, la endoscopia permite comprobar que se haya realizado una correcta reducción de la hernia, y que el cierre de pilares no produzca una dificultad en el paso del endoscopio, indicativo de un excesivo cierre de los pilares.

Conclusiones: La endoscopia intraoperatoria es una endoscopia básica que nos da información en tiempo real, permite una visión intraluminal directa de la zona quirúrgica, lo que nos facilitará la toma de decisiones. Sin embargo, es necesaria una correcta formación para poder dar independencia al cirujano y del mismo modo, reducir la probabilidad de que ocurran complicaciones asociadas al procedimiento.

O-18

ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO DEL DESARROLLO DE COLELITIASIS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA ¿ES CIERTO QUE ES MÁS FRECUENTE TRAS CIRUGÍA DE BYPASS GÁSTRICO?

Andrea María Hurtado Vázquez, María Valero Soriano, Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz, María Encarnación Tamayo Rodríguez, Belén Agea Jiménez, Isabel María Jiménez Moreno, José María Rodríguez Lucas, Celia Moreno García, Jesús Sandoval Marín, Francisco Miguel González Valverde.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.

Objetivo: Han sido descritos factores de riesgo de colestiasis el sexo femenino, edad, obesidad y una rápida pérdida de peso, que se encuentran presentes en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica (CB). La exclusión duodenal tras la cirugía conlleva una menor secreción de colecistoquinina y una menor motilidad vesicular, procedimiento que se realiza en el bypass gástrico en Y de Roux (BGYR). El objetivo de nuestro trabajo es conocer la incidencia de colestiasis tras CB y analizar los factores de riesgo.

Material y métodos: Estudio prospectivo aleatorizado sobre 100 pacientes sometidos a CB. Se ha analizado la incidencia de colestiasis y los factores de riesgo para su desarrollo.

Resultados: De los 100 pacientes estudiados, 3 estaban previamente colecistectomizados (3%). La edad media fue de 40,87 (20-60) y la mayoría eran mujeres (69,1%). En cuanto a la técnica quirúrgica, 51 fueron sometidos a BGYR y 46 a GV. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial (HTA) (50,5%), la diabetes mellitus (DM) (25,8%), el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) (41,2%) y la dislipemia (DLP) (15,5%). El índice de masa corporal (IMC) inicial fue de 45±5,08, el porcentaje de exceso de IMC perdido (%EIMCP) de 73,8±22,74 y el porcentaje de peso total perdido (%PTP) de 32,43±11,15. Respecto a la incidencia de la colestiasis, se desarrolló en 35 pacientes (36,1%). El tiempo medio desde la CB hasta la colecistectomía fue de 37,69 meses. En la siguiente tabla se expresa la comparación de las características clínicas entre dos grupos; grupo A, pacientes que desarrollaron colestiasis tras CB y grupo B, no desarrollaron colestiasis.

	Grupo A	Grupo B	OR	IC 95%	p
Pacientes, n	35	62			
Edad media	43,14±9,65	39,58±10,63	-	-	>0,05
Mujeres, n (%)	27 (77,1)	40 (64,5)	1,856	0,721-4,774	>0,05
Hombres, n (%)	8 (22,9)	22 (35,5)	-	-	
HTA, n (%)	19 (54,3)	30 (48,4)	1,267	0,552-2,907	>0,05
DM, n (%)	11 (31,4)	14 (22,6)	1,571	0,620-3,980	>0,05
SAHS, n (%)	16 (45,7)	24 (38,7)	1,333	0,576-3,084	>0,05
DLP, n (%)	4 (11,4)	11 (17,7)	0,598	0,175-2,043	>0,05
IMC inicial, media	45,11±4,63	44,94±5,36	-	-	>0,05
%EIMCP	75,71±21,85	72,63±23,38	-	-	>0,05
%PTP	34,16±11,97	31,36±10,57	-	-	>0,05
BGYR, n (%)	17 (48,6)	34 (54,8)	1,286	0,560-2,950	>0,05
GV, n (%)	18 (51,4)	28 (45,2)	-	-	

Comparando ambos grupos, el análisis en nuestra serie no mostró diferencias estadísticamente significativas. No se ha encontrado relación directa de la aparición de colestiasis con la técnica quirúrgica ni con los diferentes factores de riesgo. Tampoco existe diferencia en la pérdida ponderal entre BGYR y GV.

Conclusiones: La incidencia de colestiasis tras CB es relativamente alta. Aunque se ha postulado que las técnicas malabsortivas podrían conllevar un riesgo mayor que las puramente restrictivas, en nuestro estudio no se ha encontrado significación estadística que apoye esta circunstancia ni relación directa con los factores de riesgo descritos.

O-19

VARIACIONES EN LOS ÁCIDOS GRASOS DE CADENA RAMIFICADA TRAS LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Andrés Balaguer Román¹, Alfonso Aliaga Rodríguez¹, María Antonia Martínez Sánchez², Valentín Cayuela Fuentes¹, Álvaro Cerezuela Fernández De Palencia¹, M^a Ángeles Nuñez², Ignacio Sánchez Esquer¹, Cristina Ortín Martínez¹, Bruno Ramos Molina², M^a Dolores Frutos Bernal¹.

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España; ²Intituto Murciano de Investigación Biosanitaria, Murcia, España.

Objetivos: Los ácidos grasos de cadena ramificada (BCFA) son ácidos grasos saturados con una o más ramificaciones de metilo en la cadena de carbono que se encuentran principalmente en productos lácteos enteros y carne de vacuno. Curiosamente, se ha sugerido que los BCFA están asociados con una gran cantidad de beneficios para la salud, incluidos efectos anticancerígenos, prevención de la obesidad o propiedades antiinflamatorias. En este sentido, se ha informado que los niveles séricos de BCFA están inversamente correlacionados con la inflamación, la resistencia a la insulina, la hipertrigliceridemia y otras características del síndrome metabólico en sujetos con obesidad. En este estudio, nuestro objetivo fue determinar los cambios en los niveles séricos de BCFA en pacientes con obesidad después de la cirugía bariátrica (CB), y evaluar si estos cambios se correlacionan con la pérdida de peso y la mejora de los parámetros metabólicos.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, en pacientes sometidos a bypass gástrico en Y de Roux. Se recogieron muestras de suero al inicio del estudio (un día antes de la cirugía) y 12 meses después de la BS. Los niveles séricos de BCFA se determinaron mediante cromatografía líquida-espectrometría de masas.

Resultados: Los resultados revelaron cambios significativos en los niveles circulantes de BCFA después de la BS. En general, encontramos un aumento significativo en los niveles de anteiso-BCFA, iso-BCFA y trimetil-BCFA 12 meses después de la BS. Además, los cambios en los niveles de anteiso-16-M-18:0 se correlacionaron negativamente con los cambios en el IMC y la glucosa en ayunas, mientras que los de anteiso-12-M-14:0 e iso-13-M-14:0 se correlacionó positivamente con los cambios en la HbA1c. Los cambios en iso-12-M-13:0 se correlacionaron negativamente con los cambios en los triglicéridos.

Conclusiones: En este estudio hemos demostrado por primera vez que los cambios en los niveles circulantes de determinadas especies de BCFA se asocian con la disminución de la pérdida de peso y la mejora de los niveles de glucosa y triglicéridos 12 meses después de la CB en sujetos con obesidad mórbida. Estos resultados podrían postular que el aumento de especies específicas de BCFA en suero después de la cirugía podría tener un papel en la mejora del control de la glucosa y la resolución de la dislipidemia después de la BS, aunque se necesitan más investigaciones para confirmar esta idea.

O-20

EL ANÁLISIS LIPIDÓMICO REVELA ALTERACIONES EN EL PERFIL DE AG HEPÁTICA ASOCIADAS CON EL ESTADIO MASLD EN PACIENTES CON OBESIDAD.

Andrés Balaguer Román¹, Ignacio Sánchez Esquer¹, Valentín Cayuela Fuentes¹, Maria Antonia Martínez Sánchez², Alvaro Cerezuela Fernández De Palencia¹, Alfonso Aliaga Rodríguez¹, M^a Ángeles Núñez², Sonia Almansa Saura¹, Bruno Ramos Molina², M^a Dolores Frutos Bernal¹.

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España; ²Instituto de Investigaciones Biomédicas de Murcia (IMIB), Murcia, España.

Contexto: La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) se caracteriza por la acumulación de lípidos intracelulares en los hepatocitos. Se considera que el exceso de ingesta calórica y las dietas ricas en grasas contribuyen significativamente al desarrollo de MASLD.

Objetivo: Evaluar la composición de ácidos grasos (AG) hepáticos y séricos en pacientes con diferentes etapas de MASLD, y su relación con la ingesta dietética de AG y los factores de riesgo relacionados con MASLD.

Métodos: Este fue un estudio de casos y controles en pacientes con obesidad sometidos a cirugía bariátrica entre enero de 2020 y diciembre de 2021. Los participantes se distribuyeron en tres grupos: sin MASLD (n = 26), enfermedad hepática esteatósica (n = 33) y esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (n = 32). Los niveles de AG hepáticos y séricos se determinaron mediante cromatografía de gases. El estado nutricional se evaluó mediante cuestionarios validados de frecuencia alimentaria. La expresión hepática de genes implicados en el metabolismo de AG se analizó mediante RT-qPCR.

Resultados: Los perfiles de AG hepáticos, pero no séricos, se alteraron significativamente en pacientes con MASLD en comparación con aquellos sin MASLD. No se observaron diferencias en la ingesta de AG entre los grupos. Los niveles de C16:0, C18:1 y la relación C18:1/C18:0 fueron mayores, mientras que los niveles de C18:0 y la relación C18:0/C16:0 fueron menores en pacientes con MASLD, siendo significativamente diferentes entre los tres grupos. Los niveles y proporciones de AG hepática se correlacionaron con el diagnóstico histopatológico y otros parámetros relacionados con MASLD. La expresión de genes implicados en el metabolismo de la FA estaba regulada positivamente en pacientes con MASLD.

Conclusión: Las alteraciones en los niveles hepáticos de AG en pacientes con MASLD se debieron a una mejora de la lipogénesis de novo en el hígado.

O-21

ESTUDIO EN PACIENTES OBESOS MORBIDOS INTERVENIDOS DE LA INFLUENCIA DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN LA FISIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO

Luis Ocaña Wilhelmi, M. Reda Amiar, Rocío Soler Humanes, Isabel Arranz, Carolina Gutiérrez Repiso, Isabel Cornejo Pareja, Raquel Sancho Marín, Ana Sánchez García, Francisco Tinahones Madueño, Lourdes Garrido Sánchez.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: La enfermedad del hígado graso no alcohólica (EHGNA), estrechamente asociada con la obesidad, puede progresar desde una simple esteatosis hasta una esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) e incluso a cirrosis. Un patrón o funcionalidad alterada de la microbiota intestinal se ha relacionado con la fisiopatología de EHGNA.

Objetivo: Describir la composición y funcionalidad de la microbiota intestinal en pacientes con obesidad mórbida (OM) con diferentes grados de EHGNA evaluados mediante biopsia hepática.

Material y métodos: Se incluyeron 110 pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica y fueron evaluados mediante biopsia hepática para el diagnóstico de EHGNA y se recogieron muestra de heces antes de la cirugía para análisis de microbiota.

Resultados: Nuestros hallazgos mostraron que los pacientes con OM y esteatosis más EHNA (diagnosticada mediante biopsias hepáticas) se caracterizaban por un patrón microbiano alterado con el aumento de la familia Enterobacteriaceae, los géneros Acidaminococcus y Megasphaera y el agotamiento de las familias Eggerthellaceae y Ruminococcaceae.

La EHGNA también se asoció con el enriquecimiento en vías relacionadas con la degradación de aminoácidos proteínogénicos y la biosíntesis de menaquinol-7 (vitamina K2), la producción de succinato y la fermentación sacarolítica y proteolítica; dando lugar a productos nocivos como el etanol o el succinato, como posibles mecanismos para la patogénesis y progresión de la EHGNA.

En general, los hallazgos encontrados en el microbioma central relacionados con cualquiera de las alteraciones histológicas básicas mostraron un aumento en la abundancia de la familia Enterobacteriaceae y una disminución de la abundancia de Ruminococcaceae, un núcleo común también identificado en nuestra cohorte de pacientes con esteatosis más EHNA. Escherichia coli y Escherichia-shigella también se asociaron con la presencia de esteatosis y actividad necroinflamatoria, y fibrosis y actividad necroinflamatoria, respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes con OM y EHGNA mostraron alteraciones en los patrones de microbiota, lo que podría agregar información a los biomarcadores no invasivos para el diagnóstico de EHGNA, pudiendo ser un nuevo objetivo para EHGNA.

Agradecimientos: Este trabajo fue apoyado en parte por una subvención de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía (PI-0108-2022) y una beca de ayuda FUNSECO (2023). CIBEROBN es una iniciativa del ISCIII y fondos FEDER.

O-22

MODIFICACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA: EVALUACIÓN DE LA PÉRDIDA DE MASA MAGRA PARA DETECCIÓN DE SARCOPENIA Y ESTUDIO DE FACTORES ASOCIADOS**Noelia Pérez Romero, Montserrat Adell Trape, Assumpta Caixàs Pedragos, Núria Llorach Perucho, Pau Farré Alins, Verónica Torreño Machado, Marina Luengo Moral, Anyi Moore Olalla, Alexis Luna Aufroy.****Corporació Sanitari Parc Tauli, Sabadell, España.**

Objetivos: La pérdida de peso tras cirugía bariátrica se produce a expensas de masa grasa y también de masa muscular. El tejido muscular es esencial para el correcto funcionamiento del metabolismo corporal, la remodelación ósea, termorregulación y preservación de la capacidad funcional corporal.

Una pérdida sustancial de masa muscular ("sarcopenia") implicaría un descenso del metabolismo basal, disfunción metabólica, aumento de comorbilidad y alteración de la calidad de vida. La asociación de sarcopenia y obesidad, "obesidad sarcopénica" se ha descrito como un factor de mal pronóstico en la evolución de la cirugía bariátrica, implicando una menor pérdida de peso y menor resolución de comorbilidad asociada, aunque hoy en día no existe un claro consenso en sus definiciones.

El objetivo de nuestro estudio es medir la composición corporal preoperatoria y en el seguimiento tras cirugía bariátrica y valorar factores asociados a la pérdida de masa magra y aparición de sarcopenia.

Material y métodos: Se incluyeron 179 pacientes sometidos a Bypass gástrico laparoscópico entre enero/2020 y diciembre/2022. 139 (77.7%) mujeres, edad media 48.9 años (27-62) e IMC medio 45kg/m² (35-67.5). Se excluyen técnicas restrictivas, hipoabsortivas y de revisión. Se recogen los datos antropométricos y de composición corporal preoperatorios (masa grasa (MG), masa magra (MM)) a 6 meses y al año de cirugía bariátrica, medidas por bioimpedancia eléctrica (BIA). Se analiza la evolución de la MG y MM tras pérdida de peso y los factores asociados.

Resultados: La MG preoperatoria media es 54.6kg (+/-10.7); la MM preop 61.14kg (+/-11.9). A los 6 meses el IMC es 30.6 kg/m² (20.9-46.7) y el TWL 29.50kg (15.36-49.62), siendo las diferencias estadísticamente significativas. La MG media a los 6 meses es 35.6kg (+/-11), la MM 54.7kg (+/-9.5), con significación estadística respecto al basal. Al año de cirugía el IMC es 28.8kg/m² (20-45.75), el TWL 35.9 kg (13.7-52.38), p<0.05. La MG media al año es de 22kg (+/-10) y la MM de 50kg (+/-7kg), p<0.05 respecto basal. La pérdida de MG media a los 6 meses es 5.8kg (+/-3.7) y al año 9.2kg (+/-5.4). En el análisis bivariante, la pérdida de MM al año se asocia de forma significativa con la MM a los 6m (p>0.05) pero no con la edad, sexo, IMC basal, TWL a los 6m o TWL al año en nuestra serie. La pérdida de MG en pacientes >50a o IMC>50 es comparable con la media global de la serie.

Conclusión: La cirugía bariátrica produce una importante pérdida de peso a expensas tanto de MG como de MM. La pérdida de tejido muscular se produce en su mayor parte en los primeros 6 meses. Es necesaria la monitorización de la composición corporal en el preoperatorio y en el seguimiento precoz para control y detección de sarcopenia así como establecer estrategias para reducir y limitar esta pérdida de masa muscular.

O-23

RELACION DEL NIVEL DE BILIRRUBINA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA CON LA FIBROSIS HEPÁTICA Y LA REMISIÓN DE LA DIABETES EN PACIENTES OBESOS MORBIDOS INTERVENIDOS

Luis Ocaña Wilhelmi, José Luis Fernández Serrano, Raquel Sancho Marín, Ana Sánchez García, Isabel Arranz, Rocío Soler Humanes, Miren García Cortés, José María Pinazo Bandera, Francisco Tinahones Madueño, Lourdes Garrido Sánchez.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: Actualmente, la cirugía bariátrica (CB) es el tratamiento más eficaz de la obesidad y sus comorbilidades, como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Se han identificado factores que mejoran la DM2 post-intervención, como edad joven, duración breve de la enfermedad, buen control glucémico y no uso de insulina. Sin embargo, se sabe poco sobre el efecto de otros factores, como la enfermedad del hígado graso asociada a la disfunción metabólica (MAFLD) o su asociación con la bilirrubina sobre la mejora de la DM2.

Objetivo: Analizar el rol de la fibrosis hepática y su asociación con los niveles de bilirrubina como potencial factor predictivo de remisión de la DM2 a 12 meses tras CB.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en 28 pacientes con obesidad mórbida y DM2 sometidos a CB entre los años 2021 y 2022. Se recogieron variables clínicas, antropométricas y de imagen hepática. Se definió remisión de diabetes a los 12 meses como niveles normales de glucemia en ausencia de tratamiento farmacológico.

Resultados: Tras un año de CB, observamos cambios significativos en múltiples variables antropométricas y bioquímicas. Algo similar ocurre con los scores hepáticos, los cuales mejoran significativamente. El porcentaje de cambio fue significativo y mayor del 30% para los TG, la insulina y el HOMA-IR; y para los scores fibroscan, LAP, NAFLD-FS y FLI. En función a la clasificación de los pacientes según hubiera remisión de la DM2 al año tras la cirugía, se encontró asociación estadísticamente significativa únicamente con la bilirrubina.

Conclusiones: La relación entre la bilirrubina, la DM2 y la fibrosis hepática ha sido investigada ampliamente, pero aún requiere estudios adicionales para confirmar las hipótesis previas. Nuestros hallazgos respaldan la creciente evidencia científica de una conexión indirecta entre la bilirrubina, la diabetes y la MAFLD.

Agradecimientos: Este trabajo fue apoyado en parte por una subvención de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía (PI-0108-2022) y una beca de ayuda FUNSECO (2023). CIBEROBN es una iniciativa del ISCIII y fondos FEDER.

O-24

EVOLUCION DE LA PATOLOGIA PERIANAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA BARIATRICA. ESTUDIO PROSPECTIVO, SEGUIMIENTO 12 MESES.

Manuel García-Redondo¹, Manuel Ferrer-Márquez¹, Francisco Rubio-Gil¹, Manuel Ferrer-Ayza², Ricardo Belda-Lozano¹, Elisabet Vidaña-Marquez¹, Angel Reina-Duarte¹.

¹Hospital Torrecárdenas, Almería, España; ²Clínica Mediterraneo, Almería, España.

Objetivos: La obesidad se asocia a un importante número de comorbilidades. Según las últimas recomendaciones de la IFSO, la cirugía bariátrica y metabólica es el tratamiento recomendado para pacientes con IMC mayor de 35Kg/m² (con o sin patología asociada), consiguiendo buenos resultados con relación a la pérdida de peso, además de mejorar un porcentaje importante de comorbilidades en este tipo de pacientes y disminuir el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular.

La patología perianal benigna presenta una alta prevalencia en la población general. Se trata de patología que, si no se trata y se cronifica, puede afectar a la calidad de vida de los pacientes. Las patologías perianales más frecuentes y por las que suele acudir a consulta los pacientes son las hemorroides, la fisura anal, la fístula anal, el sinus pilonidal y la hidradenitis perianal. El objetivo de nuestro estudio es realizar una descripción y analizar cómo evoluciona la patología anal benigna en pacientes obesos intervenidos de cirugía bariátrica.

Material y método: Es un estudio observacional prospectivo multicéntrico. Se incluyen pacientes candidatos a cirugía bariátrica, mayores de 18 años; y que presenten un IMC ≥ 40 kg/m² o 35kg/m² con presencia de comorbilidades. Se incluyen variables demográficas como edad, sexo, peso, índice de masa corporal. Además, se incluyen las comorbilidades relacionadas con la obesidad (HTA, DM2, SAOS...) en el momento de la cirugía. Entre las características específicas de la patología anal benigna se incluye la existencia de fisura anal, patología hemorroidal, hidradenitis perianal, sinus pilonidal y fístula anal.

Resultados: Se incluyen 70 pacientes (62,9% mujeres), la edad media es 46,7 años. A los 12 meses de la intervención el IMC medio es de 23.85kg/m² (preoperatorio de 45,7kg/m² [p 0.001]). Respecto a la evolución de patología perianal, al año de la intervención, el 7.4% de los pacientes presenta fisura anal crónica, respecto al 10% que la presentaban al inicio (p=0.321). Respecto a las hemorroides externas, estaban presentes en el 27.9% de los pacientes, preoperatoriamente se presentaban en el 42.9% de los pacientes (p<0.001). Respecto a las hemorroides internas, en el primer contacto, el 61.4% de los pacientes las presentan, de ellos el 58% tenían sangrado y el 67.4% referían prurito; siendo el grado de prolapso medio de 1.51. A los 12 meses de la intervención; el 54.4% de los pacientes las presentan, de ellos, el 13.5% presenta sangrado y el 18.91% presenta prurito, el grado de prolapso medio fue de 1.22. Respecto a la hidradenitis supurativa, el 13.2% padecen la enfermedad, al igual que preoperatoriamente. Pero las reagudizaciones en los últimos 6 meses descienden a 0.22 por paciente (previa de 2.11 [p=0.008]).

Conclusiones: Se observa un descenso de la prevalencia de patología perianal en los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica. Destaca menor incidencia de hemorroides externas e internas, así como disminución de los síntomas relacionados y del grado de prolapso, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Por otro lado, se observa una disminución estadísticamente significativa del número de reagudizaciones en pacientes con hidradenitis supurativa.

	Inicial	Seguimiento 12 meses	Significación (p)
Peso (kg): media, (SD)	127.60 (25.27)	79.70 (19.66)	.000
IMC (Kg/m2): media, (SD)	45.74 (6.56)	23.85 (5.30)	.000
Ejercicio físico: n (%)	22 (31.4%)	47 (69.1%)	.000
Horas semanales: media (SD)	1.72 (2.87)	3.63 (3.60)	.000
Hábito deposicional: media, (SD)	11.40 (6,015)	10.07 (4.53)	0.072
Escala Bristol: media, (SD)	3.87 (0.931)	4.43 (0.848)	.000
Fisura: n (%)	7 (10%)	5 (7.4%)	0.321
Hemorroide externa: n (%)	30 (42.9%)	19 (27.9%)	.000
Hemorroide interna: n (%)	43 (61,4%)	37 (54.4%)	.000
Sangrado	25 (58.1%)	5 (13.51%)	.000
Prurito	29 (67.4%)	7 (18.91%)	.000
Grado HI: media (SD)	1.51 (0.768)	1.22 (0.584)	.000
Hidradenitis supurativa: n (%)	9 (13.2%)	9 (13.2%)	
Grado HS	1.11 (0.33)	1	0.347
Reagudizaciones últimos 6 meses: media (SD)	2.11 (1.45)	0.22 (0.44)	.008
Sinus: n (%)	4 (5.7%)	4 (5.7%)	-

O-25

EL EXTRAÑO PASAJERO: CANDY CANE SYNDROME CON O SIN HERNIA HIATAL CONCOMITANTE POST BYPASS GÁSTRICO. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Italo Braghetto¹, Ramón Sanz Ongil², Owen Korn¹.

¹Hopital Clínico Universitario de la Universidad de Chile, Santiago, Chile;

²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Objetivos: El síndrome de Candy Cane (CC) tras bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) es una complicación infrecuente e infradiagnosticada. La mayoría de publicaciones no mencionan la concomitancia de CC y hernia de hiato (HH), que puede suponer un agravamiento de los síntomas. Los objetivos del estudio son caracterizar la clínica del CC en pacientes con y sin HH asociada, así como los resultados del tratamiento médico y quirúrgico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con CC post BGYR en nuestro hospital entre 2010 y 2022. El diagnóstico se realizó mediante esogagogastroduodenoscopia (EGD), radiografía con contraste oral y Tomografía Computarizada (CT).

Una vez establecido el diagnóstico de CC con o sin HH, se inició tratamiento médico con inhibidores de la bomba de protones y procinéticos evaluando la respuesta a los 3 meses. En aquellos pacientes con persistencia clínica, se indicó cirugía revisional, realizando resección del asa redundante y, en caso de concomitancia de HH, hernioplastia hiatal.

El análisis de datos se realizó mediante el programa IBM SPSS. Se utilizaron las pruebas chi-cuadrado y Fisher en los casos apropiados, considerando significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: La muestra presenta 16 pacientes con una edad mediana de 49 ± 11 años y 87,5% de mujeres. La mediana de presentación de los síntomas fue 7 ± 44 años desde la cirugía. Dolor, reflujo y vómitos fueron los síntomas más frecuentes, sin diferencias entre pacientes con o sin HH. En el momento del diagnóstico, 13 pacientes presentaron ≥ 2 síntomas.

El EGD mostró HH en 9 pacientes, Esófago de Barret en 3 y asa ciega larga (≥ 5 cm) en 10. Aquellos con esofagitis, HH, muñón gástrico grande o asa ciega larga fueron los más sintomáticos, presentando fundamentalmente dolor y reflujo. No se encontró relación entre el tamaño del muñón y la presencia de dolor ($p=0,696$), pirosis ($p=0,705$), reflujo ($p=0,489$), ni vómitos ($p=0,4$).

El tratamiento médico fue efectivo para el control sintomático en 5 pacientes, pero 3 presentaron recurrencia precoz. El tratamiento quirúrgico consistió en resección del asa redundante asociando hernioplastia hiatal, cuando ésta estaba presente. De los pacientes sometidos a cirugía, 9 de 11 presentaron resolución completa de los síntomas y 2 persistencia de síntomas con disfagia ocasional y pirosis.

Conclusiones: La mejor caracterización del cuadro clínico del CC, puede suponer un diagnóstico y tratamiento precoz. Esta complicación se debe prevenir en la cirugía inicial, reduciendo el tamaño del asa ciega durante la confección de la anastomosis.

El uso combinado de EGD y esofagograma permite un mejor diagnóstico del CC que puede pasar desapercibido en otros estudios como el CT abdominal. Un diagnóstico correcto puede evitar cirugías innecesarias o erróneamente indicadas por su confusión con otros cuadros como las hernias internas. El abordaje conjunto de resección quirúrgica y hernioplastia hiatal, es un tratamiento eficaz y seguro que podría mejorar los resultados obtenidos con la resección aislada del CC. No obstante, hay pacientes que pueden beneficiarse de un manejo conservador, pero son necesarios muestras más amplias para caracterizar qué individuos podrían beneficiarse de esta terapia.

O-26

RESULTADOS PONDERALES Y ANALÍTICOS A LARGO PLAZO TRAS CIRUGÍA DE CONVERSIÓN A BYPASS GÁSTRICO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL FALLIDA EN PACIENTES CON OBESIDAD.

María Teresa Pérez Domene, Tamara Díaz Vico, Silvia Sánchez Infante Carriches, Claudia Isabel Caraballo Angeli, Luis Miguel Estela Villa, Carlos Ferrigni González, Camilo José Castellón Pavón, Alejandro García Muñoz-Najar, Manuel Durán Poveda.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Introducción: El bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR) se considera el *gold standard* en la cirugía bariátrica. Sin embargo, la gastrectomía vertical (GV) constituye una alternativa eficaz. En caso de resultados insatisfactorios, el BPGYR puede llevarse a cabo como cirugía de conversión tras GV.

Nuestro objetivo consiste en analizar los resultados perioperatorios y comparar los resultados ponderales y analíticos a largo plazo de los pacientes con obesidad sometidos a cirugía de conversión a BPGYR tras GV.

Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de una base de datos prospectiva de aquellos pacientes sometidos a cirugía de conversión a BPGYR tras GV fallida, desde el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de mayo de 2023.

Se analizaron las características basales, los resultados intraoperatorios y complicaciones postoperatorias, así como la evolución ponderal, analítica y de las comorbilidades a 12, 24 y 60 meses de seguimiento. Asimismo, se realizó un análisis comparativo de los datos presentes en el grupo GV pre-cirugía de conversión y aquellos obtenidos en el grupo de cirugía de conversión a BPGYR, a 12, 24 y 60 meses de seguimiento.

Resultados: Se analizaron 236 pacientes, de los cuales 49 (67,3% mujeres) fueron sometidos a cirugía de conversión a BPGYR tras GV. La edad mediana fue de 47 (28-69) años, siendo el principal motivo de conversión el reflujo gastroesofágico clínico (64,4%).

La estancia hospitalaria mediana fue de 2 (1-86) días, presentando complicación postoperatoria 5 (10,2%) pacientes: dehiscencia gastro-yeyunal en 2 (40,0%) casos, hemorragia intraluminal en otros 2 (40,0%), y hemoperitoneo en 1 (8,2%) caso. De ellos, precisaron reintervención quirúrgica 4 (8,2%) pacientes, registrándose 1 (2,0%) caso de mortalidad postoperatoria.

En cuanto a los resultados ponderales, el peso pre-quirúrgico medio fue de 94,7 (25,6) kg, con un IMC pre-quirúrgico de 35,1 (8,2) Kg/m², presentando una pérdida del exceso de peso del 75,7 (28,6) % y del 79,1 (44,7) % a 12 y 24 meses de seguimiento.

Con respecto a las comorbilidades asociadas a 12 meses de seguimiento, 13 (81,3%) pacientes presentaron resolución de la DM, 10 (58,8%) resolución de la HTA (precisando únicamente 1 fármaco el 85,7% de los casos), 12 (50%) resolución de la dislipemia, y 14 (66,7%) pacientes presentaron mejoría del SAOS.

A 24 meses de seguimiento presentaron resolución de la DM el 100% de los casos, así como resolución de la HTA 10 (83,3%) de ellos, precisando únicamente 2 (16,7%) pacientes un fármaco para su control.

Conclusión: Nuestros resultados demuestran una pérdida satisfactoria de peso a medio y largo plazo, así como una mejora significativa en las comorbilidades asociadas, incluyendo la resolución de la DM2 y la reducción en el uso de medicamentos para controlar la HTA. Además, se ha observado una mejoría analítica significativa en los parámetros glucosa, colesterol, triglicéridos, GOT y GPT a los 12 y 24 meses de seguimiento postoperatorio. Por ello, la cirugía de conversión a BPGYR se considera una alternativa adecuada para los pacientes con obesidad que presentan RGE de novo o han experimentado un estancamiento o reganancia ponderal tras GV fallida.

O-27

EFECTIVIDAD DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ESTIMADO A LOS 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

David Benaiges Boix¹, Miguel Olano¹, Nuria Masip², Silvia Ballesta¹, Anna Casajoana¹, Carme Serra¹, Montserrat Villatoro¹, Isaac Subirana¹, Juan Pedro-Botet¹, Albert Goday¹.

¹Hospital del Mar, Barcelona, España; ²Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.

Objetivos: Estudiar la evolución del riesgo cardiovascular estimado (RCVe) en personas que sufren obesidad grave tratadas con cirugía bariátrica. Comparar la evolución del RCVe por diferentes modelos, y en función de la técnica quirúrgica, bypass gástrico (BG) frente a gastrectomía vertical (GV), a largo plazo.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva de pacientes sometidos a BG o GV en el Hospital del Mar (Barcelona) que completaron 10 años de seguimiento. El RCVe se determinó mediante el Framingham Risk Score (FRS), REGICOR, SCORE y SCORE2 basal y a los 1, 5 y 10 años post cirugía.

Resultados: Se incluyeron 128 pacientes (78 BG y 50 GV, 86,7% mujeres), con una edad de 48,8±8,0 años e IMC 44,4±4,8 kg/m².

		Basal	1 año	5 años	10 años
REGICOR	BG	3,13±0,32	1,5±0,21*	2,00±0,20*†	2,5 ±0,37†
	GT	3,82±0,41	2,5 ± 0,28*	2,74±0,26*	4,13 ± 0,49†‡
FRAMINGHAM	BG	7,58±0,73	3,71±0,49*	4,92±0,48*†	6,25±0,80†
	GT	9,22±0,97	6,14±0,65*	6,83±0,63*	9,8 ±1,06†‡
SCORE	BG	3,02±0,26	1,80±0,20*	2,36±0,23*†	3,51±0,34†‡
	GT	3,42±0,34	2,64±0,26*	3,03±0,31	4,62±0,45*†‡
SCORE2	BG	2,65±1,52	2,15±1,23*	2,82±1,68†	3,74±2,22*†‡
	GT	2,70±1,44	2,65±1,46#	3,42±1,90*†#	4,58±2,80*†‡#

* $p < 0,05$ respecto al basal; † $p < 0,05$ respecto al año; ‡ $p < 0,05$ respecto a los cinco años; #Cambios significativos entre las técnicas

El SCORE2 mostró diferencias entre BG vs GV: disminuyó al año sólo tras BG. A los 5 y 10 años aumentó de forma progresiva en ambos grupos, manteniéndose inferior en BG. Por el contrario, no se detectaron diferencias entre ambas técnicas con REGICOR, FRS y SCORE.

Conclusiones: El RCVe mediante SCORE2 detecta una evolución más favorable tras BG. Estas diferencias no se detectan con otros modelos clásicos de estimación del RCV. Estas diferencias podrían explicarse por la inclusión del colesterol no HDL en el SCORE2

O-28

ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA REVISIONAL A MEDIO PLAZO

Èlia Bartra Balcells¹, Marta París Sans¹, Margarida Vives Espelta¹, Anna Trinidad Borràs¹, Esther Raga Carceller¹, María Alejandra García Duran¹, Nicolak Lobo Flores¹, Miriam Galiana Rubio¹, Fàtima Sabench Pereferrer², Daniel Del Castillo Déjardin¹.

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

OBJETIVOS: La CBR responde a una realidad en la cual el paciente no alcanza una respuesta satisfactoria en términos de pérdida de peso, de una baja tasa de resolución de las comorbilidades o de la aparición de complicaciones derivadas de la cirugía primaria. Revisamos los resultados de los pacientes intervenidos los últimos 5 años de CBR para identificar los factores que influyen en ellos.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de CBR en nuestro centro desde 2019-2023. Se analizó: género, edad, comorbilidades, evolución ponderal desde la cirugía primaria (CP) hasta 3 años después de CBR, tipo de CP, motivo de conversión, tipo de CBR realizada, días de ingreso y tiempo transcurrido entre ambas cirugías. Se realizó estudio comparativo de los resultados según CBR realizada, según la indicación y según el tiempo entre CP y CBR.

Resultados: Se han intervenido 101 pacientes, 75% mujeres, edad media 53.6 años. IMC inicial 50.67Kg/m², IMCnadir 33.06Kg/m², IMCpreCBR 39.78Kg/m². Se determinaron las comorbilidades previas a CP, previas a CBR y a los 2 años posteriores siendo respectivamente: DM2 (27%, 10%, 4.4%), HTA (54%, 40%, 22.2%), dislipemia (32%, 22%, 13.3%), SAOS (30%, 17%, 8.9%) y artropatía (35%, 25.3%, 26.7%). Las CP fueron: Gastrectomía vertical 80.2%, Bypass Gástrico (BP) 8.9%, Banda gástrica 5.9% y otros procedimientos 5%. La mediana de tiempo entre CP y CBR fue 5.8 años. Causa de revisión: escasa pérdida ponderal o reganancia 38.6%, reflujo gastroesofágico (RGE) 21.8%, Ponderal+RGE 23.8% y alteración anatómica 15.8%. La CBR más común fue el BP proximal (68.3%), seguido por BP distal (24.8%) iniciado en los últimos dos años. La mayoría de pacientes son altabales durante los 3 primeros días postoperatorios.

No hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a la pérdida ponderal en pacientes sometidos a CBR BP proximal vs distal, aunque el %TWL a los 6 meses es mayor en el BP distal (17% vs 14%). Si comparamos pacientes intervenidos de CBR por motivo Ponderal+RGE vs Ponderal, los primeros tienen un %TWL entre CP y CBR más alto, en cambio, el %TWL a los 24 y 36 meses es mucho menor que el grupo Ponderal, de forma estadísticamente significativa. Si analizamos el tiempo entre las cirugías, los pacientes operados después de 5.8 años tienen un IMCpreCBR significativamente menor que los pacientes operados después de 5.8 años. Al año postCBR los IMC se equiparan, y a los dos años el grupo operado >5.8 años tiene un IMC mayor (p=0.032) manteniéndose esta tendencia a los 3 años

Conclusiones: Nuestro centro ha incrementado la CBR de un 7.1% en 2019 a un 23.76% en 2023. Los pacientes intervenidos de CBR por motivo Ponderal+RGE tienen una pérdida de peso menor que los pacientes por causa exclusiva ponderal (p=0.015). Podemos apuntar que los pacientes que tardamos más a operar entre CP y CBR, aun partiendo de un IMC mayor, consiguen equiparar el IMC al año, pero vuelven a recuperar peso a los 2 años. La ejecución de nuevas técnicas como el BP distal en los últimos dos años nos arrojará resultados próximamente.

O-29

CIRUGÍA BARIÁTRICA INDIVIDUALIZADA MEDIANTE EL CONTAJE TOTAL DE ASAS Y EL USO DE LA TALL EN LA CIRUGÍA REVISIONAL

Marta París Sans¹, Èlia Bartra Balcells¹, Margarida Vives Espelta¹, Maria Alejandra Garcia Duran¹, Guillermo Renau González¹, Stephanie Haupt Arabia¹, Anna Trinidad Borràs¹, Esther Raga Carceller¹, Fàtima Sabench Pereferrer², Daniel Del Castillo Déjardin¹.

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

La longitud de asas ideal en la cirugía bariátrica sigue siendo objeto de estudio. En los últimos años, en la literatura ha nacido el concepto de TALL (Total Alimentary Limb Length) que parece tener gran importancia para preservar una longitud intestinal adecuada que permita conseguir una buena pérdida de peso asegurando a la vez un canal común suficiente para evitar complicaciones nutricionales. Sin embargo, para conocer realmente el efecto derivativo que producimos deberíamos conocer la longitud de todas las asas del bypass, lo que requiere del contaje total de para planificar la cirugía más adecuada para cada paciente.

Basándonos en las recomendaciones de la literatura, en el último año en nuestro centro hemos realizado el contaje total de asas y hemos personalizado las longitudes de las asas usando la TALL antes de la cirugía revisional de conversión a un bypass distal.

El objetivo correlacionar las longitudes de las asas aplicadas con los resultados ponderales, la evolución de las comorbilidades, la desnutrición y la aparición de diarreas.

Se realiza un análisis descriptivo y se comparan los efectos de cada una de las asas por separado, diferenciando dos grupos en función de su mediana calculada: asa alimentaria (AA) $\leq 150\text{cm}$ vs $>150\text{cm}$, asa biliopancreática (ABP) $\leq 150\text{cm}$ vs $>150\text{cm}$, asa común (AC) $<250\text{cm}$ vs $\geq 250\text{cm}$, TALL $\geq 400\text{cm}$ vs $>400\text{cm}$.

Presentamos los resultados preliminares del primer año posoperatorio en pacientes a los que indicamos un bypass distal como cirugía de conversión por pérdida de peso insuficiente tras una gastrectomía vertical, un bypass proximal o un Bagua previos. Se hallaron 25 pacientes de $50,8 \pm 9,3$ años en el momento de la cirugía revisional (C2), 84% mujeres. El IMC previo a la cirugía primaria (C1) fue de $52,06 \pm 5,96$ kg/m² y el IMC nadir de C1 de $35,5 \pm 4,78$ kg/m², mientras que el IMC previo a C2 fue de $44,23 \pm 4,31$ kg/m², a los 6 meses de $35,8 \pm 3,79$ kg/m² y al año de $36,08 \pm 1,41$ kg/m². El tiempo transcurrido entre C1 y C2 fue $6,15 \pm 3,1$ años. El contaje de la longitud total de intestino delgado $581 \pm 98,17\text{cm}$. Las comorbilidades previas a C1: hipertensión arterial 40%, artropatía 40%, dislipemia 36%, SAOS 32% y diabetes mellitus-2 28%; y previamente a C2: 32%, 29%, 24%, 16% y 8% respectivamente. El 36% presentaban reflujo gastroesofágico asociado.

El AA, el ABP y la TALL no presentan resultados significativos entre grupos, mientras que el AC muestra menores niveles de albumina en el grupo AC $<250\text{cm}$. No se han observado diferencias significativas en el ritmo deposicional, aunque hay una tendencia positiva en los pacientes con AC $<250\text{cm}$. En el estudio de correlaciones se muestra una relación inversa significativa entre la longitud intestinal total y la pérdida de peso tras C2. Así también, los pacientes con mayor AA y mayor TALL presentan menor %TWL tras C2, hallazgo que no se correlaciona con el ABP y el AC.

Los resultados actuales son preliminares por corto seguimiento posoperatorio. Sin embargo, consideramos que el contaje previo a una cirugía revisional debería ser mandatorio para poder individualizar el tratamiento más adecuado para cada paciente.

O-30

PROPUESTA DE CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE CALIDAD DE VIDA DIGESTIVA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. FASE III DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Victoria Carmona Gómez¹, Ana I. Pérez Zapata², Carolina Varela Rodríguez³, Pilar Gómez Rodríguez³, Alba Berzal González-Mendiondo³, Silvia Fernández Noel³, Elías Rodríguez Cuéllar³, Eduardo Ferrero Herrero³.

¹Hospital Santa Bárbara, Puertollano, España; ²Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España; ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Objetivos: La medición sistemática en la práctica clínica de PROM (Patient-Reported Outcomes Measurement) o cuestionarios de calidad de vida (CdV) autoadministrados por el paciente, permite obtener información objetiva sobre el impacto de las intervenciones en estos pacientes. El objetivo de este proyecto es diseñar y validar un cuestionario específico de calidad de vida digestiva en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica (CB).

Material y métodos: Este proceso se llevará a cabo en 4 fases. En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva (fase I) y grupos de discusión de pacientes con el objetivo de conocer su evolución y sintomatología digestiva desde la CB, así como un consenso de expertos mediante el método Delphi para conocer su perspectiva y experiencia en la CdV digestiva de estos pacientes (fase II). A continuación, para el desarrollo de la fase III (propuesta de cuestionario preliminar) se ha llevado a cabo el análisis cualitativo de ambas intervenciones (grupos de discusión de pacientes y consenso de expertos) mediante la identificación de palabras clave que hiciesen referencia a sintomatología digestiva, evaluando la valencia de las afirmaciones (positiva/negativa/neutra) y unificándolo con los resultados obtenidos del método Delphi. De esta manera, se ha definido un listado inicial de ítems (preguntas) que conforma nuestro pre-cuestionario. Dichos ítems valoran específicamente la esfera de la CdV digestiva en estos pacientes. Las respuestas son dicotómicas y escala tipo Likert. Este proyecto cuenta con la aprobación del Comité Ético de nuestro centro y está subvencionado por la beca de investigación FUNSECO 2022.

Resultados: Se diseñó un pre-cuestionario con tres dimensiones (síntomas gastrointestinales, hábitos de vida alimentaria e impacto en las relaciones sociales), definiendo como ítems: frecuencia e intensidad de síntomas (acidez, reflujo gastroesofágico, aerofagia, flatulencias, náuseas, vómitos, dolor abdominal, hipoglucemias, sensación de hambre), cambios en frecuencia y consistencia de las heces, impacto de síntomas digestivos tras CB en relaciones sociales y familiares, preguntas acerca de la tolerancia alimentaria y de cómo se modifican los hábitos alimenticios tras la CB, y, por último, cómo consideran en términos generales su CdV digestiva a día de hoy y si es mejor o peor que antes de ser intervenidos. En los próximos meses se realizará su validación en términos de comprensibilidad y pertinencia, enviándose a los profesionales y pacientes que participaron en los grupos de discusión para que sean ellos los que lo evalúen, obteniendo así un "Cuestionario Versión 0" con el que realizaremos la validación de sus cualidades psicométricas.

Conclusiones: Se ha elaborado un borrador de cuestionario de CdV digestiva actualmente en proceso de validación para estudiar cambios en la CdV digestiva de los pacientes sometidos a CB. Este cuestionario permitirá obtener una mejor información sobre cómo afectan a nuestros pacientes los cambios en sus hábitos digestivos tras la CB y, en consecuencia, cómo podemos mejorar su CdV digestiva. Además, nos permitirá definir qué información relevante debe ser transmitida a los pacientes que van a someterse a CB respecto al impacto posterior a la cirugía para que comprendan adecuadamente todo el proceso en la toma de decisiones.

O-31

EVOLUCIÓN DEL PESO Y DE LAS COMORBILIDADES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA A LOS 10 AÑOS

Pamela Ibero Casadiego, Emilio López-Negrete Cueto, Julián Carrizo Rodríguez, Sandra Sanz Navarro, Raquel Rodríguez Uría, Sonia Amoza Pais, María Moreno Gijón, José Luis Rodicio Miravalles, Estrella Turienzo Santos, Lourdes Sanz Álvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Objetivos: La cirugía bariátrica (CB) ha demostrado ser el tratamiento más eficaz en la pérdida de peso y su mantenimiento, en la resolución de comorbilidades y en una mejora de la calidad de vida de los pacientes operados. Pero la literatura es escasa con respecto a seguimientos más allá de los 5 años por lo que, realmente, desconocemos que sucede con estos pacientes a largo plazo. El objetivo de este estudio es analizar la pérdida de peso, la evolución de las comorbilidades y la calidad de vida de estos pacientes a los 10 años de la CB.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre enero de 2010 y diciembre de 2013, se evaluaron las pérdidas de peso mediante el Porcentaje de Sobrepeso Perdido (PSP), según los criterios de Baltasar et al. (Excelente > 65%, Bueno entre 50-65%, Fracaso < 50%). Entre las comorbilidades analizadas se incluyen Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA), Dislipidemia (DL), Síndrome de Apnea e Hipoapnea del Sueño (SAHOS) y Depresión (DP). La respuesta se clasificó en peor, igual, mejor y resuelta, según los criterios de la *American Society for Metabolic and Bariatric Surgery* (ASMBS). La calidad de vida se midió según el cuestionario BAROS que asocia a la pérdida de peso, la evolución de las comorbilidades y las complicaciones postoperatorias, un cuestionario específico de calidad de vida que es el Moorehead-Aldert II, dando todo ello una puntuación final numérica que se corresponde con una escala cualitativa que oscila entre resultado malo, regular, bueno, muy bueno y excelente.

Resultados: Se incluyeron 166 pacientes, de los cuales 118 (71,1%) eran mujeres, con una edad media de 44,7 años ($\pm 10,1$). Realizamos 151 (91%) *bypass* gástricos (BG) y 15 (9%) gastrectomías verticales. Durante el seguimiento, se registraron 17 fallecimientos (10.4%) y una pérdida de 38 pacientes. 111 pacientes completaron el seguimiento. En el grupo BG, la media del PSP fue del 47.8%, con un 43.2% de los pacientes mostrando resultados excelentes y buenos. En el grupo GV, la media del PSP fue de 40.6%. En relación con las comorbilidades, los pacientes con HTA mostraron una mejora o resolución del 64.9%, con un 28.1% sin cambios. En la DM, el 65.8% experimentó mejoría o resolución, el 31.7% permaneció igual y solo el 2.4% empeoró. En el SAHOS, el 62.2% mejoró o resolvió, mientras que el 37.8% permaneció igual. Respecto a las comorbilidades de DL y DP, se observó mejoría o resolución en el 55.9% y el 40.6%, respectivamente.

El BAROS mostró un 78,8% de resultados buenos, muy buenos y excelentes, un 11,1% de regulares y un 10,1% de fallos

Conclusiones: En el seguimiento a 10 años el BG consigue mantener pérdidas de peso de forma más efectiva que la GV, con evidente mejora o resolución de comorbilidades en ambas técnicas. Aunque los resultados no deben evaluarse exclusivamente en función de la pérdida de peso, sino que también deben considerarse otros factores, como la mejoría de las comorbilidades y la calidad de vida.

O-32

INSTAURACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA BARIÁTRICA. CÓMO LO HACEMOS Y RESULTADOS PRELIMINARES.

María Iraola Fernández De Casadevante¹, Laura Martí Gelonch¹, Itziar De Ariño Hervas¹, Amador García Ruiz De Gordejuela¹, Amaia Perales², Ainhoa Fadón¹, Teresa Serrano¹, Francisco Javier Madruga Carpintero¹, Ainhoa Echeveste Varela¹, Raul Jimenez Agüero¹.

¹Hospital Universitario Donostia, San Sebastian, España; ²Instituto de Investigación sanitaria Biogipuzkoa, San Sebastian, España.

Objetivos: Instaurar un programa de prehabilitación y seguimiento estrecho en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Comparar los cambios a nivel de calidad de vida, actividad física, pérdida ponderal, valores nutricionales y mejoría de comorbilidades en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica y que han participado en el programa frente a un grupo control sometido al protocolo estándar.

Material y métodos: Se ha diseñado un programa de prehabilitación multimodal de 8 sesiones de educación dietético-nutricional y terapia cognitivo conductual junto con un programa de actividad física adaptada. El programa se ha llevado a cabo un mínimo de 3 meses previo a la cirugía. Tras ésta, los pacientes han sido sometidos a un seguimiento estrecho por una nutricionista especializada, endocrinólogo, médico rehabilitador, enfermería y cirugía. La participación en el programa se ha ofrecido a todos los pacientes en lista de espera quirúrgica desde Diciembre de 2022 hasta la actualidad, con carácter voluntario e incluyéndose aquellos que han aceptado participar tras firmar el consentimiento.

Las variables a estudio han sido demográficas, calidad de vida (mediante el test Moorehead-Ardelt), actividad física, hábitos dietéticos, pérdida ponderal, evolución de comorbilidades y datos analíticos.

Los resultados se han comparado con un grupo control de pacientes sometidos a cirugía y seguimiento estándar por parte de cirugía, endocrinología y enfermería.

Resultados: Veintinueve pacientes de 53 (54%) aceptaron participar, con una asistencia del 92% al total de las sesiones. Veintiuno (72.4%) han sido intervenidos, realizándose 19 BGYR y 2 GV. Desde el inicio de las sesiones hasta la finalización a las 8 semanas, presentaron una pérdida ponderal media de 7.81 (4.02-11.60) Kgrs. Respecto a la calidad de vida de vida, se ha observado un aumento en la puntuación total de 3.06 puntos de media tras finalizar el programa, sin alcanzar la significación estadística.

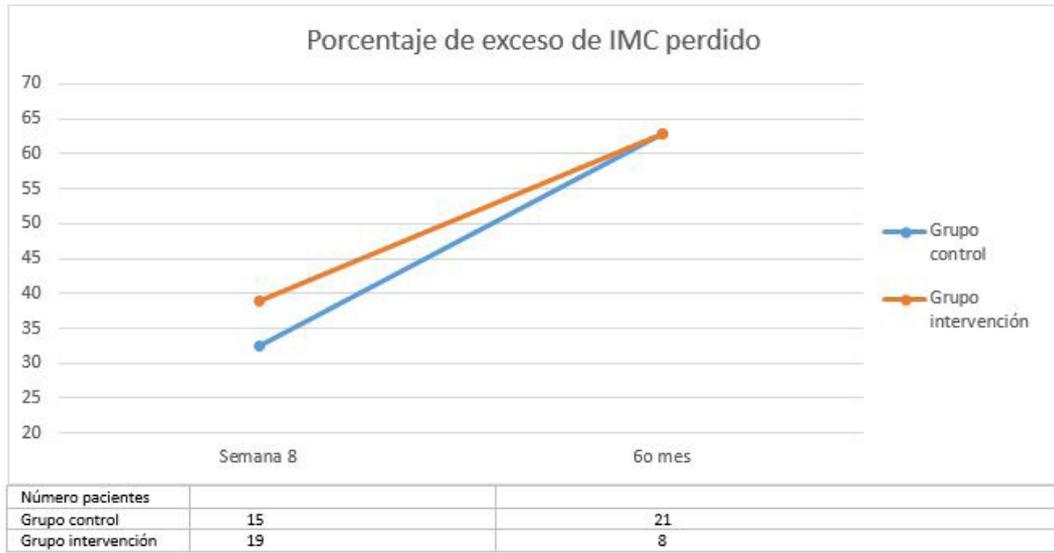
En el grupo control se han incluido 21 pacientes, intervenidos entre 2021 y 2022. No se han observado diferencias significativas entre grupos respecto a edad, sexo, IMC, comorbilidades asociadas o tipo de cirugía realizada.

Respecto a actividad física se observa como aquellos pacientes que contaron con un programa de actividad física dirigida pre y tras la cirugía realizaban una mayor actividad física respecto al grupo control ($p=0.001$), siendo la actividad mayoritaria de tipo ejercicio aeróbico.

Respecto a la pérdida ponderal, el grupo intervención presentó una mayor pérdida ponderal a las 8 semanas tras la cirugía (Gráfico 1).

Conclusiones: La instauración de un programa de prehabilitación puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Los programas de prehabilitación parecen favorecer una pérdida de peso durante la realización del mismo. Si bien hace falta un mayor periodo de seguimiento, podría contribuir al mantenimiento a largo plazo de la pérdida de peso mediante el cambio de hábitos adquirido. Los pacientes que participan en un programa de prehabilitación junto con un seguimiento estrecho postoperatorio presentan una mayor pérdida ponderal a muy corto plazo tras la cirugía.



O-33

DIVERSIDAD CULTURAL Y FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN LA PÉRDIDA DE PESO Y SEGUIMIENTO A 1 Y 5 AÑOS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Anna Casajoana, Gemma Busquet, Alex Morera, Marc Beisani, Carme Serra, Montse Villatoro, Mar Gasso, Manuel Pera, Albert Goday, David Benaiges.

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Antecedentes y objetivos: El crecimiento de la población extranjera en España condiciona el incremento de atención de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica (CB) con una diversidad cultural distinta a la española. El impacto de los factores socioculturales y socioeconómicos en la respuesta individual de la pérdida de peso y seguimiento de los pacientes es inconclusa. Este estudio tiene como objetivo evaluar la influencia de la diversidad cultural y los factores socioeconómicos en la pérdida de peso total (PPT) y la adherencia al programa de cirugía bariátrica a corto plazo (un año) y a medio plazo (cinco años) después de la intervención.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte unicéntrica, prospectiva de los pacientes intervenidos de CB. Se incluyen los pacientes intervenidos desde enero de 2005 hasta septiembre de 2017 con seguimiento mínimo de 5 años. Se analizan las variables socioculturales y socioeconómicas a través del país de origen de nacimiento, nivel educativo, estado civil e índice de privación social. Se realiza un análisis univariado para explorar la relación entre estas variables y el porcentaje de PPT y la adherencia a uno y cinco años después de la CB; así como un análisis multivariado para evaluar qué factores asociados de manera independiente con el %PPT y la adherencia. La no adherencia se definirá como la falta de asistencia u seguimiento a cualquier visita de control programada durante más de seis meses.

Resultados: Se incluyeron un total de 558 pacientes, un 79,0% de mujeres, con una media de edad de $43,9 \pm 9,2$ años y IMC inicial de $44,3 \pm 5,3$ Kg/m². En el análisis univariante, el nivel educativo, estado civil e índice de privación social no mostraron diferencias en el %PPT y porcentaje de pérdida de seguimiento a 1 y a 5 años ($p > 0,05$) a excepción de los pacientes casados y no casados que a 5 años presentaban mayor %PPT [$28,8 \pm 9,9$ vs. $26,7 \pm 11,9$ ($p = 0,04$)]. Sin embargo, el país de origen (España vs. Otro) sí que mostró diferencias tanto en el %PPT a 1 y 5 años [$34,3 \pm 8,3$ vs. $29,8 \pm 8,2$ ($p < 0,001$) y $28,9 \pm 10,1$ vs. $24,7 \pm 13,7$ ($p = 0,016$)], como en el porcentaje de pacientes con pérdida de seguimiento a 1 y 5 años [$5,1\%$ vs. $13,3\%$ ($p = 0,01$) y $39,6\%$ vs. 55% ($p = 0,02$)]. En el análisis multivariado, el país de origen se mantuvo como una variable de asociación independiente con la pérdida de peso.

Conclusiones: Los factores socioeconómicos como el nivel educativo, el estado civil o el índice de privación social no se asocian a la pérdida de peso a 1 y 5 años después de la cirugía bariátrica. Sin embargo, los factores socioculturales como el país de origen del paciente sí son un factor independiente para la pérdida de peso y pérdida de seguimiento. Estos resultados resaltan la necesidad de considerar la diversidad cultural como un factor para tener en cuenta en los programas de cirugía bariátrica.

O-34

INCIDENTALOMAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Silvia Sánchez Infante Carriches, Camilo José Castellón Pavon, Tamara Diaz Vico, Maria Teresa Perez Domene, Claudia Caraballo Angeli, Luis Miguel Estela Villa, Carlos Ferrigni Gonzalez, Alejandro Garcia Muñoz Najar, Manuel Duran Poveda.

Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Introducción: La obesidad se ha convertido en una epidemia global de rápido crecimiento en las últimas décadas, hecho que ha sucedido paralelo al desarrollo de la cirugía bariátrica. Junto con ello, es conocida la relación existente entre la obesidad y el desarrollo de distintos tumores y condiciones premalignas. Es importante la realización de un correcto estudio preoperatorio para la detección de posibles lesiones gástricas, así como una minuciosa inspección intraoperatoria y una correcta resección de las piezas quirúrgicas.

Nuestro objetivo ha sido detectar la incidencia de tumoraciones gástricas en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica analizando los hallazgos histológicos preoperatorios y de las piezas quirúrgicas.

Métodos: Revisión retrospectiva de 1.268 intervenciones bariátricas realizadas en nuestro centro entre noviembre de 2012 y diciembre de 2022, en un total de 1.183 pacientes. Se han analizado los hallazgos histológicos preoperatorios, así como los hallazgos anatomopatológicos de un total de 320 piezas quirúrgicas obtenidas de manera intraoperatoria.

Resultados: Se han diagnosticado ocho (0,67%) tumores gástricos: seis (75%) tumores del estroma gastrointestinal (GIST), un (12.5%) tumor carcinoide y un (12.5%) páncreas ectópico. De entre todos, ninguno fue identificado durante el análisis histológico preoperatorio, llevado a cabo en el 97,5% de los sujetos, siendo la confirmación del hallazgo realizada intraoperatoriamente mediante el examen anatomopatológico de las resecciones quirúrgicas respectivas. No existieron diferencias significativas en las características clínicas o demográficas de los pacientes, y en todos los casos las resecciones quirúrgicas mostraron márgenes libres de enfermedad. No hubo complicaciones postoperatorias derivadas de las resecciones quirúrgicas, y ninguno de los pacientes precisó tratamiento adyuvante a la cirugía.

Conclusión: La obesidad supone mayor riesgo para el desarrollo de tumoraciones malignas, benignas y condiciones premalignas. Es difícil detectar la incidencia real de neoplasias esófago-gástricas en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, aunque, afortunadamente, la incidencia suele ser baja (<1%). Por ello, es fundamental la inspección de la superficie gástrica en los procedimientos quirúrgicos bariátricos con el objetivo de prevenir la inadvertida identificación de lesiones gástricas con potencial transformación maligna o neoplásicas.

O-35

ULCERA MARGINAL: ESTUDIO DE INCIDENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

Teresa Carrascosa Mirón¹, Alicia Ferrer Martínez¹, Tamara Llamero Sanz¹, Lucía Isabel Martínez Minuesa¹, Alberto Hernández Matías², Ana Isabel Vega Agüero², Sagrario Fuerte Ruiz¹, Raquel León Ledesma¹, Juan Carlos Ruiz De Adana Belbel¹, Jose Maria Jover Navalón¹.

¹Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España; ²Getafe, Getafe, España.

Objetivos: La úlcera marginal (UM) o de boca anastomótica es una de las complicaciones tras la realización del bypass gástrico (BGY). Esta complicación tiene una incidencia de un 6% independientemente de la técnica realizada, ya sea BGY o BAGUA.

Los factores de riesgo más frecuentemente relacionados con la UM son el consumo de AINES y corticoides, el tabaco, la infección por H. Pylori (HP), cuerpo extraño en la línea de sutura, no utilizar inhibidor de la bomba de protones (IBP) tras la intervención. Otros factores más controvertidos son el reflujo biliar o la longitud del reservorio.

La sintomatología es similar a las úlceras producidas en pacientes no bariátricos, siendo la epigastralgia el síntoma más común. Como principales complicaciones, puede producirse hemorragia, perforación o estenosis de la anastomosis.

El tratamiento se realiza con IBP a altas dosis, erradicación de HP si precisa, evitar fármacos predisponentes y en caso de presentarse una complicación, el tratamiento específico de la misma.

El objetivo de este estudio es conocer la incidencia de la UM en nuestra centro, identificar los factores de riesgo predisponentes, así como analizar las complicaciones y las distintas respuesta al tratamiento realizado.

Material y métodos: Se incluyeron de forma retrospectiva todos los pacientes intervenidos mediante BGY entre enero de 2011 y diciembre de 2021 en la Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital Universitario de Getafe. El diagnóstico de úlcera se realizó mediante endoscopia digestiva alta (EDA) o de forma intraoperatoria en los casos de complicación. Se registraron los datos demográficos de los pacientes, variables técnicas intraoperatorias, días de ingreso en UCI, estancia hospitalaria, así como reingresos o reintervenciones por complicaciones.

Resultados: De un total de 743 paciente intervenidos mediante BGY, 26 pacientes desarrollaron una UM (3,49%). Los factores de riesgo de mayor prevalencia fueron el tabaco, los factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM o IAM) (61,5%) y la infección H.Pylori (61,3%). La presentación clínica más frecuente fueron las nauseas o vómitos, seguido del dolor epigástrico y perforación. El tratamiento médico inicial se realizó con IBP. Dos presentaron episodios recurrentes de úlcera (7,7%) de los cuales un paciente requirió revisión quirúrgica precisando rehacer la anastomosis.

Conclusiones: El desarrollo de una UM tras la BGY tiene una incidencia relativamente baja en la cohorte estudiada. Los factores de riesgo predisponentes registrados, son los ya conocidos en estudios previos, como el tabaco, los factores de riesgo cardiovascular y el H. Pylori. El control de estos factores, el tratamiento erradicador del H. Pylori y el tratamiento postquirúrgico con IBP son esenciales para reducir el riesgo de UM tras un BGY.

O-36

CIRUGÍA METABÓLICA EN PACIENTES CON OBESIDAD NEUROGÉNICA Y LESIÓN MEDULAR

Albert Caballero¹, Cristina Albero¹, Anna Vidal¹, Jordi Tarascó¹, Pau Moreno¹, Claudia Teixidó², Silvia Pellitero¹, Eva Martínez¹, Cristian Figueroa², Jose María Balibrea¹.

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España; ²Institut Guttmann, Hospital de Neurorehabilitació, España.

Introducción: Más del 60% de la población con lesión medular sufre de sobrepeso o obesidad. El origen multifactorial de esta condición metabólica incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales. Los pacientes con lesiones medulares son especialmente vulnerable, siendo constante en ellos la sarcopenia, el índice metabólico disminuido y los reducidos niveles de actividad.

Objetivos: Presentamos los resultados de un programa de cirugía bariátrica y rehabilitación el pacientes con lesión medular.

Material y métodos: Se trata de una cohorte retrospectiva de 530 pacientes con lesión medular en un Centro Nacional de Neurorehabilitación, desde Septiembre de 2022 hasta Noviembre de 2023. El 38% de los pacientes tenían un IMC >30 kg/m² y el 60% sufrían de uno o más factores de riesgo cardiovascular.

De la cohorte descrita, se seleccionaron pacientes que cumplían con los criterios de inclusión para la cirugía metabólica: IMC >30 kg/m² y porcentaje de grasa corporal de >25% en hombre y >30% en mujeres. Se seleccionaron a 5 pacientes para ser intervenidos: una mujer fue sometida a conversión de Collis Nissen a Bypass gástrico en Y de Roux (BGRY) y cuatro varones, dos de los cuales sometidos de gastrectomía vertical (GV) robótica y dos a BGRY robóticos. El peso medio de los pacientes incluidos fue de 113kg.

Resultados: Se completó un seguimiento de 12 meses de los 5 pacientes descritos sometidos a cirugía metabólica. La edad media fue de 56 años, el 80% fueron hombres y el 80% presentaban lesiones torácicas tipo ASIA A. La mediana del porcentaje de peso total perdido (%TWL) durante los primeros 12 meses tras la cirugía es de 34,6%. La bioimpedancia realizado a los 6 meses mostró un 9,74% de pérdida de grasa en relación a un aumento de masa magra. La evaluación de la fuerza máxima y la escala de independencia funcional (FMI) no mostró cambios significativos entre antes y después de la cirugía. Como complicaciones se registraron 2 úlceras por presión subagudas y un 1 reingreso hospitalario por abscesosceso perianal. El tiempo medio de hospitalización fue de 2 días y la rehabilitación ambulatoria de los pacientes de 3 semanas.

Los resultados de los cuestionarios muestran buenas puntuaciones en términos de calidad de vida y autonomía durante el primer año de seguimiento.

Conclusión: La cirugía metabólica combinada con un programa específico de rehabilitación es segura y una buena opción terapéutica para el manejo de la obesidad severa en pacientes con lesión medular.

O-37

GASTRECTOMÍA VERTICAL Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Jose María Canga Presa, Jose Luis De La Cruz Vigo, Maria Isabel Martínez Rodríguez, Pilar Sanz De La Morena.

HM San Francisco, León, España.

Objetivos: La Gastrectomía Vertical (G.V.) es el procedimiento actualmente más utilizado en Cirugía Bariátrica. Existen dos problemas relacionados con esta técnica; la reganancia de peso y el reflujo gastroesofágico (ERGE).

El objetivo de la presente comunicación es mostrar nuestra experiencia con la utilización de la pexia con el ligamento redondo (L.R.) en relación al ERGE en tres situaciones; pacientes sin reflujo clínico, con reflujo moderado o bajo terapia de IBP o con hernia hiatal (H.H.) y que van a ser sometidos a una GV como cirugía bariátrica primaria. En segundo lugar, pacientes que tras una GV desarrollan ERGE con o sin H.H. y en tercer lugar pacientes que tras la G.V. precisan reintervención quirúrgica por otro motivo (colecistitis ...). En caso de ERGE muy severa o Barrett indicamos Bypass Gástrico (B.G.).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de las primeras 100 gastrectomías verticales realizadas por nuestro grupo.

Resultados: Como prevención de la ERGE en GV como cirugía primaria: La GV ha supuesto el 5% de nuestras indicaciones como cirugía bariátrica primaria en obesidad mórbida. Inicialmente realizábamos disección del hiato esofágico y corrección de la HH con puntos sueltos de material irreabsorbible como único gesto añadido a la GV (n=10; 10%) y a partir de noviembre de 2019 hemos asociado una cardiopexia con L.R. (intervención de Narbona modificada) a otros 10 pacientes (10%). Sin complicaciones derivadas de la técnica y con buena evolución clínica en cuanto a sintomatología del reflujo.

Como tratamiento quirúrgico de la ERGE tras una GV: Hemos convertido a bypass gástrico 3 pacientes de GV debido a ERGE (3%), asociando en 1 caso una cardiopexia con L.R. tras reducir hernia de hiato por deslizamiento de gran tamaño y cierre de pilares.

Como gesto añadido al reintervenir por otra causa tras una G.V: En 2 pacientes (2%) con ERGE tras GV que precisaron colecistectomía laparoscópica.

Ausencia de complicaciones mayores y de conversiones.

No hemos detectado ningún Barrett ni adenocarcinoma en el seguimiento de la serie.

Conclusiones: La técnica del L.R. asociada a la G.V. en cirugía primaria es reproducible y eficaz, sin incrementar la morbilidad.

Si realizamos una GV como cirugía primaria en un paciente con H de Hiato y/o ERGE preoperatoria, actualmente asociamos un cierre de pilares y una cardiopexia con L.R.

Es una alternativa, tras una GV con una correcta evolución ponderal cuando presente síntomas de reflujo severos no controlados con IBP, pudiendo evitar realizar una conversión a B.G.

Cuando existe fracaso ponderal tras GV asociado a ERGE o esofagitis severa a pesar de IBP a dosis máxima o Barrett nuestra técnica de elección en cirugía de revisión sigue siendo el B.G. asociado a cardiopexia con el L.R. si coexiste H.H.

Por último la indicamos también, en pacientes que precisan reintervención por otro motivo, dadas las consecuencias imprevisibles de la ERGE a largo.

Es preciso un seguimiento a largo plazo con comprobación objetiva de ausencia de reflujo para saber el lugar que puede ocupar esta técnica.

O-38

ANÁLISIS DE LOS PARÁMETROS PONDERALES A MÁS DE 10 AÑOS CON EL BYPASS GÁSTRICO CON BANDA POR LAPAROSCOPIA

Jose María Canga Presa¹, Jose Luis De La Cruz Vigo¹, Maria Nuria Alvarez Díez², Pilar Sanz De La Morena¹, Felipe De La Cruz Vigo³.

¹HM San Francisco, León, España; ²Complejo Asistencial de León, León, España; ³Hospital Nuestra Señora del Rosario, Madrid, España.

Objetivos: Es bien sabido que todas las técnicas bariátricas, en mayor o menor medida, van perdiendo eficacia en el control del peso con el paso de los años. Por ello queremos analizar y comparar con la literatura nuestros resultados ponderales a 5 y >10 años.

PACIENTES Y MÉTODOS:

La población del estudio incluye los primeros 276 pacientes consecutivos intervenidos por el mismo equipo quirúrgico entre Junio de 1999 y Agosto de 2003 mediante bypass gástrico laparoscópico con banda, retrocólico y retrogástrico. Los diferentes resultados ponderales a 5 y 10 años se muestran en la tablas I y II. Los pacientes han sido recuperados para seguimiento mediante: entrevista presencial, vía telefónica, correo electrónico y correo postal.

Resultados: La tasa de seguimiento ha sido 83%, 75% y 62%, a uno, cinco y más de 10 años respectivamente.

TABLA I. COMPARATIVA PARAMETROS PONDERALES A 5 AÑOS

Serie	Peso	Perd. Peso	%EPP	%PP	IMC	%EIMCP
Tot. 276	79.6	43.8	74.5	34.9	29.4	81.5
O.M. 204	75.4	39.9	76.7	34.3	27.9	85.9
S.O. 72	93.3	56.7	67.2	37.2	34.2	69.4
IMC>60	98	82	72	45	35	
>60 años	76.5	35	72	31	31	

TABLA II. COMPARATIVA PARAMETROS PONDERALES A >10 AÑOS

Serie	Peso	Perd. Peso	%EPP	%PP	IMC	%EIMCP
Tot. 276	84.5	37.6	65.8	30.2	31	71.9
O.M. 204	80.3	33.6	66.7	29.2	29.6	74.5
S.O. 72	99.3	51.8	62.6	33.5	36	62.9
IMC>60	107	79	67	37	37	
>60 años	83	36	63	30	34	

Tot.276: serie completa de 276 pacientes, %EPP: Porcentage exceso de peso perdido, %PP: Porcentage de peso perdido. IMC: índice masa corporal, %EIMCP: porcentaje de exceso de IMC perdido, O.M.: obesos mórbidos, S.O.: superobesos, IMC>60:super-superobesos, >60 años: mayores de 60 años

Si atendemos al criterio de Halverson y Koehler (% EPP), encontramos un 3% de fracasos a dos años, un 10% a 5 años, y 21% a más de 10 años, al no conseguir el 50% de EPP.

Analizados los subgrupos de obesos mórbidos y superobesos la tasa de fracaso según el mencionado criterio es significativamente peor para superobesos a 5 años con un 6% y un 22% respectivamente, pero sin embargo se iguala a más de 10 años con un índice de fracasos de 20% y 21% respectivamente.

Similares resultados se obtienen aplicando los criterios de McLean (IMC) y de Deitel (% EIMCP). Sin embargo, según el criterio de Biron (IMC<35 em O.M. e IMC<40 en S.O.), las diferencias entre obesos mórbidos y superobesos son estadísticamente significativas tanto a 5 años (5% y 14%) como a más de 10 años (13% y 26%).

Conclusiones: El Bypass Gástrico con banda consigue un mayor índice de éxitos ponderales y menor tasa de fracasos que la mayoría de técnicas quirúrgicas bariátricas, tanto a 5 como a 10 años.

Por ello, con los resultados expuestos, es nuestra técnica de elección tanto para obesos mórbidos, superobesos, super-superobesos y mayores de 60 años.

O-39

LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL RESULTADO A LARGO PLAZO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA. DISEÑO DE NOMOGRAMA PREDICTIVO

Ibabe Villalabeitia Ateca, Aingeru Sarriugarte Lasarte, Patricia Mifsut Porcel, Eva Alonso Calderon, Beatriz Villota Tamayo, Teresa Pascual Vicente, Mikel Guerra Lerma, Yanina Kataryniuk Di Costanzo, Irene Alvarez Abad, Gaizka Errazti Olartekoetxea.

Hospital de Cruces, Barakaldo, España.

Introducción: La obesidad es una enfermedad pandémica del siglo XXI. Se estima que 300.000 muertes al año son atribuibles a la obesidad. Su etiología es multifactorial: factores genéticos y ambientales. Entre los factores ambientales además de la alimentación y el sedentarismo, predisponen los factores sociales, culturales y psicológicos. Siendo estos unos factores muy importantes y poco valorados en el estudio prequirúrgico de los pacientes. A día de hoy, se ha demostrado que el tratamiento más eficiente es la cirugía bariátrica. Por eso, a través de este estudio se quiere analizar los factores biológicos, sociales, psicológicos y físicos que pueden afectar al proceso. Con el objetivo de identificar aquellos pacientes que tienen un mayor riesgo de una inadecuada respuesta a la cirugía bariátrica, y de esta manera poder diseñar planes de seguimiento y grupos de apoyo a este perfil de enfermos, para garantizar el éxito de la cirugía y la disminución de la morbimortalidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo sobre una serie prospectiva de los pacientes intervenidos mediante gastrectomía vertical laparoscópica entre los años 2011-2020 en el Hospital Universitario de Cruces (N=324). Las variables analizadas han sido: el estado civil, grado de dependencia (escala Barthel), perfil cuidador (escala Zarit), actividad física (escala Terger), estado psicológico, consumo de tóxicos y comorbilidades metabólicas (HTA, DM, DLP, Sd metabólico, SAOS). Se ha creado un modelo de regresión logística multivariante para la identificación de las posibles variables predictoras del fracaso de la cirugía, asumiendo como fracaso una disminución del %EIMCP menor del 65%. Además, se ha diseñado un nomograma predictivo con las variables estadísticamente significativas obtenidas mediante el modelo.

Resultados: Se han analizado un total de 324 pacientes de los cuales el 75% han sido mujeres. El %EIMCP a 1,3 y 5 años fue del 75%, 68,3% y 63,8% respectivamente. Se han encontrado situaciones prequirúrgicas diferentes entre ambos sexos. Las mujeres han presentado una mayor tendencia a tener unos niveles de estudios bajos, renta baja, tendencia ansioso-depresiva y hábitos alimenticios con mayor tendencia a picar "picoteador" ($p<0,05$). En cambio, los hombres han presentado una mayor tendencia al consumo de tabaco y alcohol (todos $p<0,05$). Al comparar los resultados postquirúrgicos, se ha demostrado que el síndrome metabólico supone un riesgo en ambos géneros; sin embargo, el estar casado, tener un nivel de estudios bajo y una renta baja solo se ha relacionado con una peor respuesta entre las mujeres (teniendo en cuenta el %EIMCP $<65\%$ y siendo todas $p<0,05$). Con dichos factores se ha creado un nomograma predictivo.

Conclusión: Las mujeres y los hombres presentan variables psicosociales distintas que influyen en los resultados quirúrgicos. Realizando una correcta evaluación prequirúrgica se podrían identificar los factores de riesgo que presentan las pacientes y emplear el nomograma con el fin de predecir la posible evolución tras la intervención. Una vez reconocido a los pacientes de riesgo, podría ser recomendable ofrecer ayuda psicológica o social con el objetivo de aumentar las posibilidades de una mejor respuesta.

O-40

DERIVACIONES BILIOPANCREÁTICAS COMO CIRUGÍA DE RECONVERSIÓN

Jaime Dobarro Rosales, Francisco Javier Baltar Boileve, Fernando Santos Benito, Aurelio Manuel Martis Sueiro, Benjamin Thorpe Plaza, Mar Dieguez Álvarez, Fátima Yasmina Lago Martínez, Carolina Duro Penkova, Eleder Onaíndia Delgado, Manuel Bustamante Montalvo.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Objetivos: Evaluar los resultados a largo plazo de las cirugías de reconversión a derivaciones biliopancreáticas realizadas en una unidad de Cirugía Bariátrica de un hospital de tercer nivel en los últimos 15 años, aportando por tanto un seguimiento mayor al habitualmente encontrado en la literatura.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes consecutivos que fueron sometidos a cirugía de revisión tras gastrectomía vertical, tanto a cruce duodenal (80cm de asa común, 200cm de asa alimentaria) como a SADI-s (Derivación duodenoileal de anastomosis única, 300cm de asa alimentaria) en una Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica de amplia experiencia.

Entre las variables recogidas se incluyen la evolución del Peso e IMC, periodo de intervalo entre cirugías, porcentajes de peso total perdido (%TWL) y exceso de peso perdido (%EBWL), motivo de segunda cirugía, complicaciones perioperatorias y a largo plazo y evolución de comorbilidades.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes (14 mujeres). Todos los pacientes del estudio eran superobesos (IMC > 50).

Cinco pacientes fueron convertidos a Cruce duodenal y 10 a SADI-s. El periodo medio de intervalo entre cirugías fue de 33 meses y la media de seguimiento de 6 años.

Todas las cirugías de reconversión se pudieron completar por vía laparoscópica.

Sólo una paciente tuvo una complicación postoperatoria inmediata, una perforación intestinal inadvertida en el asa alimentaria.

Ningún paciente ha perdido seguimiento.

El IMC medio al inicio fue de 57,5 (50 - 67,9), pre revisión 42,9 (36- 51,1) y actual 37,85 (29- 60,85). El %TWL medio fue de 34,55% y el EBWL calculado resultó en un 62,3%.

Diferenciando entre técnicas, los resultados fueron ligeramente superiores a favor del SADI-s en lo que a pérdida ponderal se refiere.

En cuanto a resolución de comorbilidades, 8 de las 9 pacientes diabéticas de nuestra serie pudieron retirar toda la medicación antidiabética. 6 de las 9 pacientes hipertensas pudieron abandonar su medicación antihipertensiva y el 90 % de las pacientes con SAOS pudieron abandonar la CPAP nocturna.

Seis de nuestras pacientes requirieron algún suplemento adicional y sólo una precisó de una segunda cirugía de reconversión, de cruce a SADI-s por desnutrición grave.

Seguindo los criterios de Halverson & Koehler; 3 de nuestras 15 pacientes se pueden considerar un fracaso terapéutico, si bien incluso una de ellas mejoró su síndrome metabólico tras 5 años de seguimiento pese a no tener un resultado ponderal satisfactorio.

Conclusiones: Las derivaciones biliopancreáticas como segunda cirugía tras gastrectomía vertical son un procedimiento seguro en manos expertas, con resultados satisfactorios en cuanto a pérdida ponderal y resolución de comorbilidades.

La técnica SADI-s ha ido ganando terreno por su mayor simplicidad técnica con unos resultados comparables al cruce duodenal, si bien en nuestro estudio puede haber un sesgo al ser menor el periodo de seguimiento.

Aunque la muestra es pequeña, los déficits nutricionales no parecen ser la norma y en la mayoría de los casos son leves.

Los resultados objetivos de este estudio son favorables, pero se podrían completar recogiendo cuestionarios de calidad de vida para medir la satisfacción de nuestros pacientes.

O-41

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA CIRUGÍA DE CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL A BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX: NUESTRA EXPERIENCIA

Andrea María Hurtado Vázquez, Francisco Miguel González Valverde, Belén Agea Jiménez, María Encarnación Tamayo Rodríguez, María Valero Soriano, Isabel María Jiménez Moreno, José María Rodríguez Lucas, Jesús Sandoval Marín, Celia Moreno García, Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.

Objetivo: La gastrectomía vertical (GV) se ha mostrado exitosa en la pérdida de peso en el seguimiento a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo se ha observado datos de reganancia, reflujo gastroesofágico (RGE) o complicaciones de la propia cirugía que requieren otra intervención quirúrgica adicional. Nuestro objetivo consiste en analizar dichas complicaciones y los resultados de la conversión de GV a bypass gástrico en Y de Roux (BGYR).

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes sometidos a una conversión de cirugía de GV a BGYR en un hospital de segundo nivel entre enero de 2008 y diciembre de 2023. Se analizaron las complicaciones de la primera cirugía y los resultados de la cirugía de conversión.

Resultados: En el período descrito se realizaron 144 cirugías de GV. De ellos 37 fueron dados como perdidos al no acudir a revisión en los últimos 3 años. Un total de 17 pacientes se sometieron a una cirugía de conversión, todos a BGYR excepto uno que se realizó esofagoyeyunostomía; 15 (88,2%) fueron mujeres y 2 (11,8%) hombres, con un rango de edad entre 19 y 58 años (41,59±12,43). El tiempo medio de conversión fue de 44 meses (1-73). Respecto a las causas, 4 (23,5%) fue por RGE, 5 (29,4%) por reganancia ponderal, 5 (29,4%) por reganancia y RGE, 2 (11,8%) por torsión de la manga gástrica y 1 (5,9%) por fístula del ángulo de Hiss refractaria a tratamientos conservadores. De los casos de RGE con o sin reganancia, se realizó phmetría a los 9 pacientes (100%), con un valor medio de DeMeester de 29 (13-56), la gastroscopia se realizó a 8 pacientes (88,9%), encontrando esofagitis grado A en 1 paciente y grado B en otro paciente, el resto sin hallazgos de esofagitis. En uno de los pacientes se halló esófago de Barrett sin displasia. El tránsito esófago-gastro-duodenal (TEGD) se realizó en el 100% de los pacientes, observando reflujo en 3 de ellos (33,3%), dilatación de la manga gástrica en 1 paciente, y hernia de hiato en 6 pacientes. El 100% de los pacientes presentaron remisión de RGE tras la cirugía de conversión. Los casos de fístula y torsión fueron diagnosticados por TC. En cuanto a los pacientes que habían presentado reganancia, el IMC medio antes de la conversión fue de 37,15±5,79. El 100% de los pacientes presentaron pérdida de peso tras el BGYR, siendo el porcentaje de peso total perdido (PTP) de 28,36±11,26 y el porcentaje de exceso de IMC perdido (PEIMCP) de 70,18±27,09. Se ha registrado complicaciones mayores en 1 paciente (6,25%) tras el BGYR, que se trató de una hernia interna que requirió reintervención. Durante el seguimiento no se han registrado otras complicaciones mayores.

Conclusiones: Según nuestros datos concluimos que la conversión de GV a BGYR es un tratamiento eficaz y seguro para controlar la recuperación del peso y tratar los síntomas de RGE, así como para tratar las complicaciones que puedan surgir de la primera cirugía.

O-42

VÍA CLÍNICA NO PRESENCIAL POSTOPERATORIA EN EL PACIENTE BARIÁTRICO: NUESTRA EXPERIENCIA EN DOS AÑOS (2021-2023)

Pablo Ezequiel Finno, Pilar Vázquez González, Cristina Barragán Serrano, Jorge Vinicio Saavedra Ambrosy, Juan Bernar De Oriol, Karin Lux, María Posada González, Gabriel Salcedo Cabañas, Peter Wolfgang Vorwald, María José Fraile Vilarrasa.

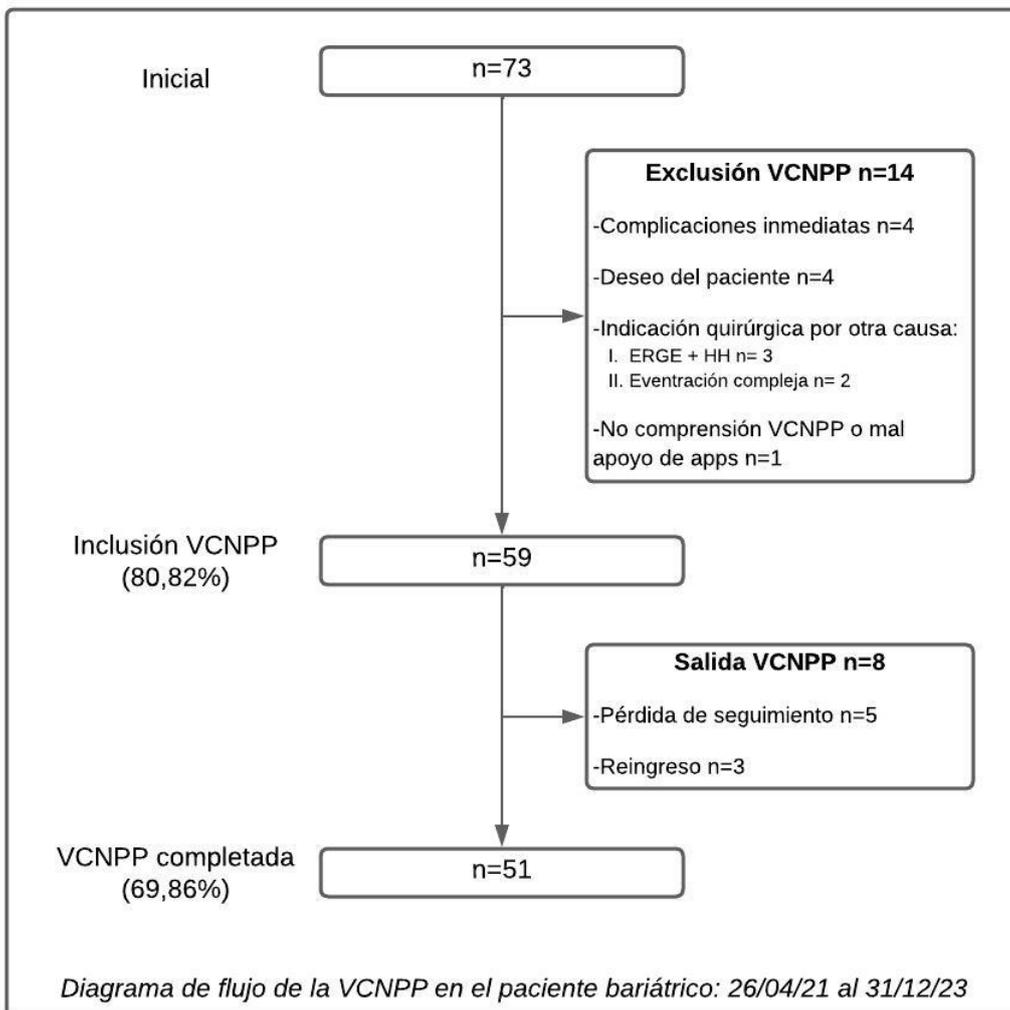
Hospital Universitario General de Villalba, Madrid, España.

Objetivos: Mostrar la vía clínica no presencial postoperatoria (VCNPP) de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica implantada en nuestro centro y realizar un análisis comparativo con el seguimiento convencional previo para valorar el beneficio de su implantación.

Material y métodos: Estudio descriptivo-analítico y retrospectivo de los pacientes incluidos en la VCNPP desde su implantación en abril de 2021 hasta diciembre de 2023. Criterios de inclusión: cirugía primaria de obesidad, conformidad y comprensión por parte del paciente de la vía clínica, manejo del “portal del paciente” (aplicación digital) y ausencia de complicaciones inmediatas que requieren mayor seguimiento. Criterios de exclusión: no cumplir criterios previos y patología asociada que requiera seguimiento adicional (principalmente, ERGE y eventración compleja). Se realizaron los siguientes controles postoperatorios: a los 10-14 días por parte de enfermería de forma no presencial y a los 2 meses (presencial), 6 meses, 1 año y 2 años (no presencial) por cirugía. Variables analizadas: edad, sexo, pérdida ponderal, comorbilidades asociadas y resolución de las mismas, consulta en urgencias, índice de complicaciones y pérdida de seguimiento.

Resultados: Un total de 73 pacientes fueron intervenidos en dicho periodo de tiempo (61 bypass gástrico [BPG] laparoscópico, 11 BPG robóticos y 1 gastrectomía vertical laparoscópica). No hubo ninguna conversión a cirugía abierta. De ellos, 59 pacientes fueron incluidos en la VCNPP (80,82%), tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, y 51 pacientes (69,86%) completaron la vía clínica. La edad media fue de 45 años (28-61 años) con un IMC promedio de 45,27 kg/m², siendo mujeres el 79,66%. El porcentaje de exceso de peso perdido a los 2 meses, 6 meses, 1 año y 2 años fue del 28,18%, 49,91%, 65,98% y 65,93%, respectivamente. El índice de resolución de comorbilidades a los dos años ha sido: diabetes mellitus 93,3%, hipertensión arterial 75%, dislipemia 66,70%, SAOS con CPAP 60,71% y artropatía 53,84%. Diecisiete pacientes (28,81%) presentaron complicaciones, de las cuales el 76,47% fueron menores (Dindo-Clavien I-II). Sólo un paciente (1,69%) precisó reintervención inmediata por obstrucción intestinal secundaria a hernia umbilical incarcerada y tres pacientes (5,08%) presentaron reintervención tardía: un caso de hernia interna y dos casos de perforación secundaria a úlcera en la gastroyeyunoanastomosis. Catorce pacientes (23,72%) acudieron a Urgencias y cinco pacientes (8,47%) perdieron el seguimiento. Comparamos dichos resultados con los pacientes bariátricos seguidos de forma convencional hasta la inclusión de la vía clínica; 65 pacientes consecutivos. Observamos una menor tasa de complicaciones (28,81% vs. 41,54%), incluido complicaciones mayores (1,69% vs. 3,08% inmediatas y 5,08% vs. 7,69% tardías), menor número de visitas a Urgencias (23,72% vs. 36,92%) y una pérdida de seguimiento similar a la previa (8,47% vs. 7,69%).

Conclusión: La implantación de la VCNPP ha permitido la descarga de consultas presenciales monográficas sin incrementar las visitas al Servicio de Urgencias ni la morbimortalidad postoperatoria y presentó una pérdida de seguimiento a largo plazo similar a las obtenidas en el seguimiento presencial.



O-43

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE COMPLICACIONES MÉDICAS Y SÉPTICAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA

M^a Asunción Acosta Mérida, Raquel Bañolas Suárez, Joaquín Marchena Gómez, Aurora Suárez Cabrera, Raúl Medina Velázquez, José Antonio Casimiro Pérez, Carlos Fernández Quesada, Luis Piñero González, M^a Del Mar Callejón Cara, Jùlia Gil García.

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo identificar posibles factores de riesgo cardiovascular para complicaciones médicas y sépticas posoperatorias después de la cirugía bariátrica.

Métodos: Se realizó un estudio observacional de recogida prospectiva de todos los pacientes con obesidad mórbida sometidos a bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico (BPGL) o gastrectomía vertical laparoscópica (GVL). Se evaluaron las comorbilidades preoperatorias y los factores de riesgo cardiovascular, y la aparición de complicaciones postoperatorias hasta los 90 días de la cirugía.

Resultados: Se incluyeron un total de 177 pacientes, 92 pacientes (52%) fueron sometidos a BPGL y 85 (48%) a GVL. La tasa global de complicaciones fue del 12,4%, incluido el 8,5% de complicaciones médicas y el 6,8% de complicaciones sépticas. No hubo mortalidad.

La edad mayor de 47 años, la presencia de cardiopatía preoperatoria, el índice de Charlson >2, las lipoproteínas de baja densidad (colesterol LDL) superiores a 130 mg/dl y la puntuación de riesgo de Framingham preoperatoria >12% se asociaron significativamente con un mayor riesgo de complicaciones globales postoperatorias. (Tabla 1)

Específicamente, la cardiopatía, el nivel de hemoglobina glucosilada superior al 7% y la puntuación de riesgo de Framingham superior al 12% se asociaron con complicaciones médicas. (Tabla 2)

Los antecedentes de accidentes cerebrovasculares y un índice de Charlson superior a 2 se asociaron con complicaciones sépticas. (Tabla 3) La técnica quirúrgica no mostró influencia sobre los factores de riesgo cardiovascular y el desarrollo o gravedad de las complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: Los factores de riesgo preoperatorios y las comorbilidades cardiovasculares pueden condicionar un aumento de las complicaciones postoperatorias, tanto globales como médicas y sépticas. Esto debe tenerse en cuenta a la hora de diseñar la estrategia de manejo del paciente más adecuada con el fin de minimizar el equilibrio individual en cuanto al riesgo-beneficio de la cirugía bariátrica.

Tabla 1: Factores de riesgo asociados con complicaciones globales

Factor de riesgo	P	Punto de corte	RR (p)*
Global			
Edad	0,046	>47	2,16 (p=0,048)
Cardiopatía	0.019		7,88
Índice de Charlson	0,027	>2	8,37 (p=0,004)
Índice de Charlson ajustado a la edad	0.022	>2	4,67 (p=0,031)
Colesterol LDL	0,042	>130 mg/dl	6,9 (p=0,016)
Puntuación de riesgo de Framingham	0.038	>12%	5,86 (p=0,016)
Bypass gástrico en Y de Roux			
Edad	0.007	>47	2,7 (p=0,013)
Cardiopatía	0.0001		8.58
Índice de Charlson	0,049	>2	9,72 (p=0,030)
Índice de Charlson ajustado a la edad	0.025	>2	5,2 (p=0,017)
Colesterol LDL	0.025	>130 mg/dl	7,14 (p=0,012)
Puntuación de riesgo de Framingham	0.023	>12%	4,9 (p=0,028)
Gastrectomía Vertical			
Edad	0.039	>47	1,5 (p=0,033)
Cardiopatía	0.041		6.22
Índice de Charlson	0,028	>2	7,5 (p=0,037)
Índice de Charlson ajustado a la edad	0.032	>2	3,7 (p=0,035)
Colesterol LDL	0,027	>130 mg/dl	6,72 (p=0,048)
Puntuación de riesgo de Framingham	0.040	>12%	7,25 (p=0,041)

*RR(p): Riesgo relativo y valores de p para valores por encima y por debajo del punto de corte.

LDL: lipoproteínas de baja densidad

O-44

EL ROL DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA: ¿CONSTITUYE UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA FUNDAMENTAL EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA?

Xavier Potau Lahoz, Marina Vila Tura, Alex Hugué-Sánchez Ramon, Laura Pulido Martínez, Esther Mans Muntwyler.

Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, España.

Objetivos: Comparar los resultados entre la endoscopia digestiva alta preoperatoria (EDAp) de los pacientes bariátricos sometidos a gastrectomía vertical (GV) por obesidad mórbida (OM) en nuestro centro con los hallazgos histopatológicos de la pieza quirúrgica (AP) para analizar la existencia de pacientes con hallazgos AP patológicos que tuvieran una EDAp macroscópicamente normal que pudiera haber condicionado un manejo o abordaje quirúrgico distinto.

Material y métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de una base prospectiva que incluye los pacientes intervenidos de GV laparoscópica por OM desde febrero de 2007 hasta noviembre de 2021. A todos los pacientes se realizó EDAp y test de *Helicobacter Pylori* (HP) y biopsias sólo si se detectaban alteraciones macroscópicas. En todos los pacientes se hizo estudio AP de la pieza de GV. Se clasifican los hallazgos de EDAp según Sharaf et al. (S0: no hallazgos; S1: hallazgos no relevantes; S2: hallazgos que suponen posponer o cambio de técnica quirúrgica; S3: hallazgos que contraindican la cirugía) y los hallazgos AP según la clasificación de Nowak et al. (indolentes vs clínicamente relevantes). Se ha realizado un análisis descriptivo y comparativo de los hallazgos de la EDAp y AP.

Resultados: Se incluyeron 362 pacientes: un 70.7% mujeres, media de edad de $48 \pm 10,3$ años y una media de índice de Masa Corporal (IMC) de 50.72 ± 6 kg/m². El 62.7% presentaban esteatosis hepática, 39.5% dislipemia, 40.8% hipertensión arterial, 28.7% diabetes mellitus. En el 53.2% de los casos se detectó HP en la EDAp, logrando la erradicación preoperatoria en todos los casos excepto cinco.

La EDAp fue normal en 200 pacientes (S0: 55.2%). Un total de 73 pacientes tuvieron hallazgos S1, entre los que destacan: gastritis leve o moderada en 34 pacientes (9.4%) y gastritis erosiva en 17 pacientes (4.7%). Un total de 88 pacientes tuvieron hallazgos S2 entre los que destaca: hernia hiato en 44 pacientes (12.1%) y pólipos gástricos en 20 pacientes (5.5%).

De las 362 piezas quirúrgicas, 26 (7.2%) presentaron hallazgos AP clínicamente relevantes. De éstos, en 16 pacientes (61.5%) la EDAp era normal (S0) por lo que no se habían realizado biopsias. Entre los relevantes destacan 15 casos de gastritis con metaplasia intestinal, 7 de gastritis con HP positivo y 3 casos de GIST.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes sometidos a GV hemos encontrado un 7.2% de lesiones clínicamente relevantes en la pieza quirúrgica que podrían suponer un cambio en el manejo terapéutico previo o en la técnica quirúrgica de haber sido detectados preoperatoriamente. El 61.5% de éstos tenían previamente una EDAp macroscópicamente normal.

Se podría mejorar el estudio preoperatorio con EDAp de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica mediante el uso de endoscopios de alta resolución o biopsias seriadas sistemáticas, y así optimizar su manejo o indicación quirúrgica.

O-45

EVOLUCIÓN NUTRICIONAL, METABÓLICA Y RESULTADOS MATERNO-FETALES EN UNA COHORTE NACIONAL DE MUJERES GESTANTES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

Alba Andreu¹, Sonsoles Gutierrez², Vanessa Paola Flores³, Irene Vinagre¹, Isabel Higuera², Angela Amengual⁴, Andreea Ciudin³.

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España; ²Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España; ³Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España; ⁴Hospital Rey Juan Carlos, Madrid, España.

Durante los últimos años un creciente número de mujeres en edad fértil han sido intervenidas de cirugía bariátrica (CB). La pérdida de peso tras CB ayudaría a revertir el impacto negativo de la obesidad en la fertilidad y gestación, con una menor incidencia en diabetes gestacional (DG), preeclampsia o macrosomía fetal. Sin embargo, podría incrementar la incidencia de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG), en parte debido a los cambios anatómicos, nutricionales y metabólicos tras la cirugía.

Objetivo: Valorar la evolución ponderal, nutricional y metabólica de mujeres gestantes tras CB, así como los resultados materno-fetales.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional retrospectivo de mujeres tras CB en seguimiento preconcepcional y gestacional por los Servicios de Endocrinología-Nutrición de varios hospitales nacionales (2005-2022). La ganancia peso gestacional (GPG) se categorizó en función del índice de masa corporal (IMC) preconcepcional según recomendaciones generales. El estado nutricional se determinó preconcepcionalmente y en cada trimestre de embarazo con valoración de vitaminas D, B12, B9, Hierro, Calcio y Proteínas; las deficiencias se consensuaron según guías clínicas especializadas.

Resultados: Se analizaron 105 mujeres con 134 gestaciones: edad media 34,6±4,5 años, IMC pregestacional 31,5±6,1 kg/m²; el 54,4 % presentaba obesidad en el momento del embarazo (23,8% IMC≥ 35 kg/m²). Las técnicas quirúrgicas primarias fueron 61,3% Bypass (BPG) y 37,2% Sleeve Gástrico (SG). Al 10% se les realizó una segunda intervención (8 BPG, 4 cruce duodenal de una anastomosis (SADIS), 1 cirugía de revisión). El intervalo cirugía-gestación fue de 50,4±42,5 meses (12,5% <12 meses tras CB). La GPG fue de 7,6±7 kg con evolución satisfactoria, insuficiente y excesiva en el 29,1, 36,6 y 38,4%, respectivamente. Las deficiencias más prevalentes preconcepcionalmente fueron vitamina D (61,2%) y B12 (42,5%). Durante el embarazo 2 de cada 5 gestantes presentaron carencias nutricionales siendo el déficit proteico (11,5-8,81-16,2%) y de hierro (12,6-17,7-22%) las más prevalentes en cada trimestre, respectivamente. El 49,3% presentaron diagnóstico de anemia durante la gestación, sin diferencias significativas según el tipo de cirugía. El 73,8% se suplementó con un polivitamínico específico del embarazo. La suplementación con vitamina D, B12, proteínas y hierro fue prescrita en el 59, 80,6, 14,9 y 69,4% de las gestantes. El 30% fueron diagnosticadas de DG (31 BPG vs 11 SG): 52% por controles de glucemia capilar, 48% mediante curva de glucosa; el 71% recibió tratamiento dietético y 29% insulino terapia. El 0,7% presentó hipertensión gestacional y 1,5% preeclampsia (1 síndrome de HELLP). El peso del recién nacido fue 3007±630 g (2,9% PEG y 1,5% macrosomías), a las 38,3 ±3,1 semanas de gestación.

Conclusiones: El embarazo tras CB puede asociarse a complicaciones maternas y perinatales, considerándose de alto riesgo. Nuestros datos enfatizan la necesidad de una adecuada planificación y abordaje preconcepcional en mujeres con deseo gestacional tras CB, con la finalidad de optimizar el peso y estado nutricional precozmente. Además, justifican un seguimiento multidisciplinar estrecho en unidades de endocrinología, nutrición, cirugía y obstetricia durante el periodo gestacional para asegurar una adecuada evolución ponderal, nutricional y metabólica que ayuden a prevenir complicaciones materno-fetales.

O-46

Evolución de los cambios en la actividad física y funcionalidad tras la cirugía bariátrica: Resultados del estudio SARCOFIT.

Marc Caballero¹, Lucia Alonso Diez¹, Laura Brugnara², Judit Viaplana¹, Romina Olbeyra¹, Judit Molero¹, Ani De Hollanda¹, Violeta Moizé¹.

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España; ²IDIBAPS, Barcelona, España.

Introducción: SarcoFit es un estudio aleatorizado y controlado que se llevó a cabo en 74 mujeres susceptibles de sufrir sarcopenia candidatas a cirugía bariátrica (CB) del Hospital Clínic Barcelona durante 2020-2023. El objetivo fue evaluar el efecto de dos niveles de suplementación proteica: estándar (SP-S) versus alta (SP-A) sobre los cambios en la composición corporal (MLG, MG), funcionalidad, gasto energético en reposo (GER), oxidación máxima de la grasa durante el esfuerzo, actividad física y calidad de vida durante el primer año tras CB. Además, en los pacientes del grupo SP-Alta, se evaluó el efecto añadido sobre esas variables de un programa de ejercicio físico (SP-AF).

Objetivo: Comparar la evolución a lo largo del estudio de los cambios en la actividad física (AF) y funcionalidad entre los 3 grupos de tratamiento.

Metodología: 74 mujeres fueron incluidas y aleatorizadas en los 3 grupos de tratamiento. 66 mujeres (90%) completaron el estudio (56,7±7,4 años, IMC: 42,9±4,4 kg/m²) SP-S (n=23), SP-A (n=26) y SPA-AF (n=17). La suplementación añadía a la dieta convencional 30g de proteínas en SP-S y 63g proteínas en SP-A y SP-AF. Durante las visitas de seguimiento nutricional (basal y 1, 4, 8 y 12 meses) se evaluó la actividad física (cuestionario IPAQ corto - conversión a MET's) y la funcionalidad mediante el test de fuerza isométrica (dinamometría - *handgrip* en mano dominante, Kg) y el test de *sit&stand* (número de sentadillas en 30"). Los datos fueron analizados mediante SPSS27.

Resultados: Los valores de IPAQ se presentan en la tabla 1. La prueba de *sit&stand* y el test de fuerza isométrica se presentan en la tabla 2.

Tabla 1. Evaluación de la AF por grupos de tratamiento

IPAQ (MET's)	SP-S (n=23)	SP-A (n=17)	SP-AF (n=26)	Valor p* dentro del grupo	Valor p* entre grupos
Basal	624±618	520±552	726±897	-	0,768
1 mes	1071±639	1129±1061	953±610	<0,034	0,466
4 meses	1277±645	1750±1081	1394±606	<0,001	0,057
8 meses	1948±1076	1884±1924	1789±937	<0,001	0,937
12 meses	1539±883	1706±1011	2385±1372	<0,001	0,024

*cambios respecto al basal

Tabla 2. Evaluación de la funcionalidad en todos los grupos

	Sit&Stand	Valor p*	Fuerza isométrica (Kg)	Valor p*
Basal (n=35)	13,47±5,75	-	22,70±5,62	-
1mes (n=39)	15,05±4,71	0,053	24,14±12,92	0,409
4m (n=45)	17,76±4,24	<0,001	21,93±5,07	0,240
8m (n=47)	18,61±5,70	<0,001	21,54±4,94	0,091
12m (n=52)	19,79±4,54	<0,001	21,74±4,59	0,245

*cambios respecto al basal

Conclusiones: Las participantes de SarcoFit aumentaron la AF de manera significativa durante el primer año tras la CB. Esta mejoría fue aun mayor en el grupo SP-AF. También, se observaron mejoras en la funcionalidad de manera significativa para el test sit&stand y se mantuvieron los resultados de fuerza durante el estudio.

Registro ClinicalTrials.gov nº NCT04771377.

Estudio parcialmente subvencionado con beca @FUNSECO2021

O-47

ÉXITO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL EN CIRUGÍA BARIÁTRICA TRAS FRACASO INICIAL. IMPORTANCIA DE LA IMPLICACIÓN DEL PACIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen Jimenez Ramos, Antonio Domínguez Amodeo, Juan Manuel Cáceres Salazar, Silvia Meiro García, Irene Lorence Tomé, Elena Guarnieri, Dolores Picón Molina, Eduardo Domínguez-Adame Lanuza.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Objetivos: Analizar el caso de una paciente con obesidad extrema con fracaso inicial del Protocolo Asistencial en Cirugía Bariátrica (CB) por falta de adherencia a las recomendaciones e intervención fallida en Turquía. En un segundo momento y tras la implicación de la paciente en el Protocolo, cumple las medidas no farmacológicas: dieta hipocalórica mediterránea y plan estructurado de ejercicio. Así, alcanza la pérdida ponderal requerida para proceder a la intervención quirúrgica y se reeduca en hábitos saludables para evitar reganancia de peso a largo plazo.

Material y métodos: Análisis de la Historia clínica digital de una paciente que realiza el Protocolo Asistencial en CB de un centro hospitalario público.

Resultados: Mujer de 43 años e índice de masa corporal (IMC) máximo alcanzado 57.7 (179 kg) en noviembre de 2021. Comorbilidades: Hipertensión arterial (HTA), gastritis atrófica, síndrome ansioso-depresivo, precisa silla de ruedas para desplazamientos.

En 2018, inició el Protocolo con 148 kg, pero por incumplimiento de los objetivos preoperatorios, se rechaza del mismo. En este tiempo, desarrolla Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y Diabetes Mellitus II. En 2021, acude para intervención de CB a Turquía, pero por problemas durante el procedimiento laparoscópico, no pudo realizarse. Es entonces, en 2022, cuando retoma el protocolo, con compromiso e implicación durante la prehabilitación en la Consulta de Enfermería bariátrica (CEB) y una correcta realización de la dieta hipocalórica mediterránea y ejercicio regular adaptado a su capacidad (camina 10 minutos, 2 veces al día). Se asocia tratamiento farmacológico con metformina y agonista de GLP-1 (semaglutida). Surge, como complicación en este tiempo, fracaso renal agudo por nefritis intersticial asociada a Síndrome de Sjögren, requiriendo prednisona e insulino terapia. Finalmente, alcanza la pérdida ponderal establecida, 20% (30 kg) del peso basal y se realiza gastrectomía vertical laparoscópica en junio de 2023, con IMC quirúrgico 46.4 (144 kg).

A los 6 meses postoperatorios, se objetiva una pérdida de 68 kg (IMC 35.8) sobre el peso máximo, porcentaje de sobrepeso perdido 60%, hábitos óptimos (dieta saludable, camina una hora 4-5 días en semana), suspende CPAP y fármacos antidiabéticos e hipertensivos. Consigue puntuaciones máximas en calidad de vida, cuestionario Moorehead-Ardelt Quality of Life instrument (autoestima, actividad física, social, laboral y sexual). Expresa deseo genésico.

Conclusiones: La CB se presenta como la mejor opción terapéutica cuando el tratamiento conservador fracasa. Para que sea eficaz, es necesario optimizar la situación clínica con una adecuada prehabilitación dirigida por profesionales de enfermería especializados, pudiendo utilizar tratamiento farmacológico coadyuvante. Se demuestra en este caso, la necesaria implicación del paciente para una reeducación en hábitos de vida, que permita una pérdida de peso preoperatorio, evitando la reganancia tras la cirugía.

La CB es un punto de inflexión en la vida de muchas personas que padecen obesidad, mejorando su calidad de vida.

O-48

EVOLUCIÓN PONDERAL TRAS CONVERSIÓN DE GV A BPG POR RGE

Anna Curell Garcia, Paula González-Atienza, Belén Martínez-Mifsud, Víctor Turrado, Jordi Farguell, Dulce Momblán, Miguel Pera, Ainitze Ibarzabal.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Objetivos: La gastrectomía vertical (GV) es el procedimiento de cirugía bariátrica más realizado en todo el mundo. Sin embargo, cada vez es mayor la evidencia de aparición de reflujo gastroesofágico (RGE), *de novo* o como empeoramiento de una condición previa, en pacientes portadores de GV. El *bypass* gástrico (BPG) se considera el procedimiento quirúrgico de elección en pacientes con RGE post GV refractarios al tratamiento médico.

Sin embargo, ¿cuál será la evolución de estos pacientes? En la mayoría de casos la sintomatología de RGE mejorará, aunque un porcentaje de pacientes que seguirá necesitando tratamiento sintomático o presentará clínica de RGE atípica a pesar de normalidad de los estudios funcionales. Respecto a su evolución ponderal, es importante tener en cuenta la posibilidad de reganancia de peso tras el BPG como consecuencia de la desaparición de la sintomatología de RGE tras la ingesta.

Material y métodos: Entre mayo de 2017 y octubre de 2023, 45 pacientes fueron intervenidos en nuestro centro de conversión de GV a BPG por RGE. En todos los casos se realizó un BPG proximal, al considerarse que la evolución ponderal tras la primera cirugía había sido satisfactoria (IMC <35 Kg/m²).

Resultados: El 77,78% de los pacientes fueron mujeres, el IMC preBPG medio 30,35 Kg/m² (21,09–34,84) y el intervalo medio entre cirugías 73,96 meses (16–177). El estudio funcional preoperatorio reveló alteraciones endoscópicas en 57,78% de los casos (esofagitis A–C, esófago de Barrett, antritis erosiva, gastritis atrófica), reflujo ácido patológico en 86,96% en la pHmetría (con una media de puntuación de DeMeester de 63,69) y hallazgo de hernia de hiato en el tránsito esófagogastroduodenal en 82,2%.

La longitud media del asa alimentaria fue de 154,32 cm (100–220) y del asa biliopancreática fue de 66,86 cm (30–100). En 15,56% de casos se asoció gastrectomía del remanente gástrico y en el 51,11% hiatoplastia. La mayoría de las anastomosis gastroyeyunales fueron lineales mecánicas (48,89%) o circulares mecánicas transorales (42,22%). Un paciente (2,22%) requirió reintervención por hemorragia postoperatoria.

Con una media de seguimiento de 30,07 meses (6–80), la sintomatología de RGE ha desaparecido en 77,78% de los casos. El IMC medio a los 6 meses postoperatorios era 27,97 Kg/m² (21,2–45,72). Sin embargo, se objetiva una tendencia a la reganancia ponderal progresiva, siendo el IMC medio de: 28,08 Kg/m² (21,87–47,72;n=36) al año, 29,12 Kg/m² (20,9–48,62;n=27) a los 2 años, 29,89 Kg/m² (19,95–45,36;n=17) a los 3 años, 28,25 Kg/m² (19,6–34,17;n=8) a los 4 años y 32,17 Kg/m² (23,8–50,8;n=7) a los 5 años postoperatorios, respectivamente.

Conclusiones: Estudios recientes de la literatura muestran datos de hasta el 48% de desarrollo de RGE *de novo* post GV. La conversión a BPG supone un incremento de la incidencia de complicaciones, con tasas de hasta el 14% de morbilidad. Además, esta segunda cirugía puede conllevar un empeoramiento ponderal de estos pacientes a largo plazo. Es necesario tener en cuenta estos datos en la era del auge de la GV.

O-49

IMPORTANCIA DE LA ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES DE CIRUGIA BARIATRICA

Mariano Alvarez Antolinez, Daniela Rodriguez Marin, Pedro Jimenez Almonacid, Manuel Lasala Gausa, Mari Carmen Porras Muñoz, Victor Luis Gonzalez Sanchez, Sagrario Martinez Cortijo.

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón, España.

Introducción El funcionamiento de las Unidades de cirugía bariátrica (UCB) es muy similar en la mayoría de los centros pero, también es cierto que los resultados asistenciales son muy dispares de unas a otras. Por este motivo la SECO ha promovido la acreditación de Unidades en un intento de homogeneizar y comparar los resultados en todas ellas y de esta forma mejorar los resultados. Esta acreditación implica la aportación de unos requisitos y documentación mínimos que garantiza el mejor tratamiento para los pacientes obesos. Así mismo el registro permite conocer y comparar lo que se está haciendo en cada una de las Unidades lo que facilita la corrección de desviaciones. Todo esto permitirá una adecuación de los procedimientos, mejorando resultados, evitando la variabilidad y por tanto se conseguirá una considerable disminución de los costes sanitarios.

Objetivo: Presentar la experiencia en el proceso de acreditación de la Unidad de Cirugía de la Obesidad en nuestro centro.

Material y métodos: Desde el año 2000 hasta Junio de 2021 se han intervenido 600 pacientes con diferentes técnicas y vas de abordaje. En enero de 2021 se pone en marcha la UCB constituida por un grupo multidisciplinar de profesionales. En este momento se inicia el proceso de acreditación, aportando toda la documentación exigida por la SECO. Se inicia la recogida de datos de los pacientes intervenidos desde el 1 de Junio de 2021. En abril de 2023 se procedió a la auditoría de la Unidad por el equipo acreditador y se concedió la acreditación como Unidad de Cirugía bariátrica básica.

Resultados: Desde el 1 junio de 2021 hasta diciembre de 2023 que se inició el proceso de acreditación, se han intervenido 124 pacientes que han quedado incluidos en el registro de SECO, de dicho registro se obtienen los siguientes datos. La edad media fue de 49.6 años (79 mujeres, 45 hombres). El IMC medio fue de 46.22 y peso preoperatorio medio fue de 121.2 kg. El porcentaje de complicaciones fue del 8% y la mortalidad 0. La estancia media fue de 4.6 días. Las técnicas realizadas fueron 82 BP (66%), 33 GVL (26%), 7 cirugía de revisión (4%), 1 SADIs, 1 BAGUA. Así mismo se han registrado 206 seguimientos. Con el funcionamiento de la Unidad y la acreditación de la misma se ha conseguido, disminuir la estancia preoperatoria a 0. La estancia postoperatoria de 7 a 4.6 días y sobre todo por la estandarización del procedimiento se ha disminuido la LEQ de 24 meses a 7 meses.

Conclusiones: La acreditación de las Unidades de cirugía bariátrica han permitido estandarizar todo el circuito del tratamiento del paciente bariátrico. Se han conseguido disminuir significativamente las listas de espera preoperatorias y esto ha permitido mejorar las condiciones en las que llegan los pacientes al quirófano. El registro nacional permite conocer de forma objetiva la situación del tratamiento del paciente bariátrico en nuestro país, conociendo los resultados de cada una de las Unidades y de esta manera conseguir los mejores estándares de calidad.

O-50

OAGB PRIMARIO VS OAGB EN CIRUGIA BARIATRICA DE REVISION DE TÉCNICAS RESTRINGIDAS

Miguel Ángel Escartí Usó, Alberto Bordallo Cortina, Celeste Garrote Gimeno, Lluch Escudero Pallardo.

Hospital HLA La Vega, MURCIA, España.

Objetivos: El OAGB primario es un tipo de bypass malabsortivo con resultados consistentes acreditados a medio y largo plazo (5 y 10 años).

El OBJETIVO de este trabajo es determinar si la pérdida de peso de la CBR tras cirugía restrictiva (BGAL, GVL) motivada por pérdida insuficiente de peso/recuperación del peso perdido (PIP/RPP) (con/sin mal control de comorbilidades) utilizando el OAGB (bypass gástrico de una anastomosis) es menor o semejante al OAGB primario a los 2 y 5 años de la cirugía.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de nuestra base de datos.

Se comparan los OAGB primarios y los OAGB-CBR de BGAL y GVL por PPI/RPP con/sin control de comorbilidades. Excluimos los OAGB-CBR realizados por complicaciones de la técnica (por ejemplo, deslizamiento en BGAL o RGE en GVL).

Se analizan los resultados utilizando el % de peso corporal total perdido (%PCP) a 2 y 5 años, en 2 grupos de pacientes OAGB Primario (n=716) vs OAGB CBR (n=136).

ES RELEVANTE ESPECIFICAR QUE UTILIZAMOS COMO PESO PRE EN LA CBR, EL PESO PREVIO A LA CIRUGÍA PRIMARIA "FRACASADA" Y NO EL PESO EN EL MOMENTO DE LA CBR.

Análisis estadístico: prueba t de Welch (con varianzas no asumidas iguales), debido a la diferencia del tamaño de las muestras de cada grupo.

R e s u l t a d o s :

OAGB-Primario vs OAGB-CBR tras cirugía restrictiva a 2 y 5 años.		
	PCT 2 años	PCT 5 años
OAGB-Primario (n=716)	33.4 +/- 4.2	31.4% ± 6.2%
OAGB-CBR (=136)	30.2+/-6.2	28.2% ± 8.2%
Valor de p	< 0.05 Diferencia significativa	< 0.05 Diferencia significativa
	t 5.77 / grados de libertad 159.3 / p 3.96×10 ⁻⁸	t 4.32 / 165.5 grados de libertad / p 2.66×10 ⁻⁵

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que los OAGB primarios pierden significativamente más peso que los OAGB-CBR tras cirugía restrictiva tanto a 2 como a 5 años.

Al realizar el estudio, apreciamos que:

- No hay criterios claros para definir el "fallo ponderal".
- Para estimar la pérdida de peso del OAGB-CBR debe considerarse el peso previo a la cirugía primaria "fracasada" y no el peso en el momento de la CBR, dada la ausencia de un criterio claro que defina el llamado "fallo ponderal".

O-51

EFECTO DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA EN EL TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Margarida Vives Espelta, Fàtima Sabench Pereferrer, Marta París Sans, Èlia Bartra Balcells, María Alejandra García Durán, Guillermo Renau González, Míriam Galiana Rubio, Anna Trinidad Borràs, Esther Raga Carceller, Daniel Del Castillo Déjardin.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.

OBJETIVOS: La normalización del consumo de alcohol comporta una subestimación de los pacientes con trastorno por consumo de alcohol en el preoperatorio de una cirugía bariátrica. Existe en la literatura cierta controversia con relación al consumo de alcohol en los pacientes bariátricos, mientras algunos estudios apuntan a un aumento del consumo tras cirugía, otros encuentran una reducción del consumo previo; si bien los resultados difieren en función de la técnica utilizada. Por este motivo hemos llevado a cabo este estudio con el objetivo de analizar cómo afecta este consumo de alcohol en los resultados de una cirugía bariátrica y qué papel juega la técnica quirúrgica bariátrica en la evolución de este trastorno.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica durante el año 2021. Se identificaron aquéllos que referían un consumo previo de alcohol durante el estudio preoperatorio y se analizaron los siguientes datos: parámetros antropométricos preoperatorios, consumo de tabaco, uso de antidepresivos o ansiolíticos, técnica quirúrgica empleada, complicaciones postoperatorias, consumo de alcohol a los dos años postoperatorio y, pérdida ponderal a los 6, 12, 18 y 24m así como el %EWL al año y dos años de la cirugía.

Resultados: Durante el año 2021 se realizaron un total de 177 procedimientos bariátricos primarios en nuestro centro. Se identificaron 37 pacientes que referían un consumo de alcohol previo a la cirugía bariátrica (20.9%). Se clasificó el grado de consumo en ocasional, diario, patológico y exconsumidores. La edad media era de $48,57 \pm 11,46$ años, el 43,24% eran hombres y el 56,76% mujeres, todos los casos de consumo patológico eran hombres. El IMC preoperatorio fue de $45,53 \pm 5,3$ Kg/m². La prevalencia de tabaquismo era del 40,5% y el tratamiento psiquiátrico del 27%. Se realizó un bypass gástrico en el 78,4% de los casos y una gastrectomía vertical en el 21,6%, alcanzándose un %EWL el primer año tras cirugía de $76,29 \pm 21,31\%$ y el segundo año de $74,74 \pm 23,17\%$. La prevalencia de consumo a los 2 años de la cirugía fue del 17,6%, 5 pacientes refirieron un consumo diario en el grupo bypass y 1 paciente en el grupo gastrectomía vertical sin hallarse diferencias estadísticamente significativas. Se observa una tendencia a la significación en cuanto a la pérdida ponderal a partir de los 24 meses de la cirugía en el grupo de pacientes con consumo de alcohol postoperatorio. Este grupo alcanza una pérdida ponderal menor respecto al grupo no consumidor. Probablemente con una N mayor alcanzaría la significación estadística.

Conclusiones: No se observa, en nuestro grupo de pacientes, un riesgo elevado de recaída en el consumo a los 2 años post intervención. No observamos un riesgo de recaída mayor en función de la técnica utilizada pero si se observa una menor pérdida ponderal a partir del segundo año postoperatorio en el grupo de pacientes que presenta consumo postoperatorio. Es necesario implementar preoperatoriamente medidas para la detección del trastorno por consumo de alcohol y mejorar la monitorización postoperatoria de este grupo de pacientes.

O-52

EVOLUCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA TRAS LA CIRUGÍA BARIÁTRICA, RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO

Lucía Lavín Montoro, Nuria Lara Martín, Pilar Gómez Rodríguez, Javier Martínez Caballero, María Orellana León, Sofía Lorenzo Mañas, Silvia Fernández Noel, Cristina Alegre Torrado, Elías Rodríguez Cuellar, Eduardo Ferrero Herrero.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: El síndrome de hipertensión intracraneal idiopática (HTICI), benigna o pseudotumor cerebri suele afectar a mujeres alrededor de la tercera década de la vida. Su etiología es desconocida, no obstante, presenta asociación con la obesidad. Su síntoma más frecuente es la cefalea y su principal consecuencia la pérdida de visión por afectación del nervio óptico. El primer escalón terapéutico consiste en eliminar los factores de riesgo asociados, siendo la pérdida de peso el único factor modificador de la enfermedad. Otras opciones terapéuticas son el uso de acetazolamida, punciones lumbares evacuadoras de repetición, la derivación lumboperitoneal y la descompresión quirúrgica del nervio óptico.

Objetivos: Describir los resultados y la evolución de los síntomas relacionados con la HTICI tras la cirugía bariátrica en nuestro centro.

Material y métodos: Se presenta una serie de casos de 5 pacientes con HTICI intervenidos de cirugía bariátrica entre 2016 - 2021. Se analizó el tiempo registrado desde el diagnóstico hasta su derivación a endocrinología y cirugía general, así como los tratamientos previamente realizados y la clínica preoperatoria manifestada. El tiempo de seguimiento fue de dos años tras la intervención. Las variables cualitativas se expresaron como valor absoluto y/o porcentaje. Las variables cuantitativas como mediana (rango intercuantílico).

Resultados: De los 516 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica entre 2016 y 2021, 5 (0,09%) presentaban HTICI. Todas las pacientes eran mujeres. La edad al diagnóstico de la HTICI fue de 24 años (14,5), presentando 4 de ellas un IMC >30. Todas habían realizado medidas higiénico-dietéticas para pérdida de peso sin éxito. En 4 pacientes se inició tratamiento con acetazolamida y punciones lumbares de repetición; llegando 2 de ellas a precisar una derivación lumbo-peritoneal por refractariedad al tratamiento médico. El tiempo desde el diagnóstico hasta la valoración de la cirugía bariátrica fue de 13,5 años (14) con un IMC de 46 (15). 3 pacientes fueron diagnosticadas de hipertensión arterial esencial y 2 de diabetes mellitus tipo 2. El bypass gástrico en Y de Roux fue la técnica más empleada (80%), la gastrectomía vertical la segunda (20%). No se produjeron complicaciones postoperatorias inmediatas. A los 2 años el porcentaje de sobrepeso perdido fue del 66% (18,5) y el porcentaje de peso total perdido fue del 31% (12,5). Preoperatoriamente, 2 pacientes se encontraban sintomáticas, siendo la cefalea el síntoma más frecuente y consiguiéndose su desaparición tras la cirugía. La presencia de pérdidas visuales irreversibles preoperatorias se registraron en 2 pacientes, manteniéndose estables tras la cirugía. No se ha observado recurrencia de la enfermedad en las pacientes.

CONCLUSIONES.

La cirugía bariátrica es una alternativa efectiva a largo plazo para el control del peso en la HTICI. Reducir el tiempo hasta la valoración por una unidad de cirugía bariátrica podría reducir la necesidad de tratamientos crónicos y la aparición de alteraciones visuales definitivas. Sería necesario realizar más estudios para determinar el momento ideal de derivación a una unidad de cirugía bariátrica.

P-01

RELACIÓN ENTRE GENES DE RIESGO PARA NAFLD/NASH Y PERFILES LIPIDÓMICOS ESPECÍFICOS. ¿NUEVA HERRAMIENTA PRONÓSTICA DE ENFERMEDAD HEPÁTICA EN PACIENTES OBESOS?

Ainhoa Echeveste Varela¹, Ignacio Aguirre Allende¹, María Iraola Fernández De Casadevante¹, Itziar De Ariño Hervás¹, Leire Guerrico Tomé¹, Emma Eizaguirre Letamendia¹, Laura Izquierdo Sánchez², Jesús María Bañales Asurmendi², Pedro María Rodrigues³, Raúl Jiménez Agüero¹.

¹Hospital Donostia, San Sebastián, España; ²Biogipuzkoa, Guipuzcoa, España; ³Hospital Donostia, Guipuzcoa, España.

Introducción: Nuevas pruebas metabólicas derivadas del suero se han generado para diagnosticar NAFL y NASH en pacientes obesos intervenidos de cirugía bariátrica. Aquí, investigamos: 1) si los individuos obesos que albergan las variantes PNPLA3 p.I148M, TM6SF2 p.E167K, y MBOAT7 p.G17E, asociadas con un mayor riesgo de esteatosis y fibrosis, presentan perfiles lipidómicos específicos tanto en suero como en hígado, y 2) el potencial de firmas lipidómicas particulares para estimar el contenido de grasa hepática.

Métodos: La esteatosis hepática se determinó mediante imágenes de resonancia magnética (fracción grasa MRI) y mediante histopatología del tejido hepático obtenido de individuos obesos durante el día de su cirugía bariátrica (n=114; IMC>35kg/m²) en un hospital terciario durante un periodo de 10 años. Se analizó el perfil lipidómico sérico mediante UPLC-MS y se correlacionó una firma específica con el contenido de grasa hepática. Paralelamente, en 225 pacientes obesos se genotificaron las variantes PNPLA3 p.I148M, TM6SF2 p.E167K y MBOAT7 p.G17E mediante ensayos TaqMan de discriminación alélica. Se midieron los perfiles lipidómicos séricos (n=225) y hepáticos (n=53).

Resultados: Las variantes PNPLA3 p.I148M, TM6SF2 p.E167K, y MBOAT7 p.G17E se encontraron en el 42%, 10% y 72% de los pacientes, respectivamente. Los pacientes portadores de la variante PNPLA3 p.I148M (en hetero- u homocigosidad) se caracterizaban por niveles reducidos de determinados triglicéridos (p<0,05) en suero, mientras que el hígado presentaba una acumulación de múltiples di- y triglicéridos (al menos p<0,05). Los pacientes con la variante TM6SF2 p.E167K mostraron niveles reducidos de ciertas ceramidas, di- y triglicéridos en suero en comparación con los pacientes WT (al menos p<0,05). Además, los niveles circulantes de glicerofosfolípidos, ceramidas y determinados AF disminuyeron en los pacientes con la variante MBOAT7 p.G17E en comparación con los pacientes WT (al menos p<0,05). Los pacientes portadores de las 3 variantes (en hetero- u homocigosis) presentaron un perfil lipidómico en suero completamente alterado en comparación con los controles obesos, concretamente una disminución de di-, triglicéridos y AG saturados, mono- y poliinsaturados (al menos p<0,01). Por otra parte, identificamos 11 lípidos en suero que, dentro de un nuevo algoritmo, se correlacionaban con la fracción grasa de la RM (r=0,815; r²=0,664; p<0,001), el grado de esteatosis y la puntuación NAS medida por histopatología.

Conclusiones: Los pacientes obesos que albergan variantes genéticas de riesgo para NAFLD/NASH se caracterizan por perfiles lipidómicos específicos, que pueden participar en la patogénesis de la enfermedad y representar nuevas herramientas para estimar el pronóstico. También describimos una nueva firma lipidómica en suero que permite estimar el contenido de grasa en el hígado de los pacientes obesos, incorporando una herramienta innovadora para monitorizar la acumulación de grasa. Estos hallazgos podrían conformar una herramienta adicional para la selección de pacientes de cara a la cirugía de la obesidad.

P-02

UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA LA VALORACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN GRASA Y LA SARCOPENIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL: RESULTADOS INICIALES

Inmaculada Torrijo Gómez, Raúl Cánovas De Lucas, David Murillo Povedano, Mari Carmen Martínez Bagant, Carla Leal Ferrandis.

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.

Introducción: El tejido adiposo está anatómicamente distribuido en diferentes proporciones en el cuerpo humano, y el patrón de distribución depende de muchos factores como edad, sexo, genotipo, medicación, raza, dieta, actividad física y niveles hormonales. La grasa corporal está dividida en dos compartimentos con diferentes características metabólicas: grasa visceral y grasa subcutánea, y aunque los dos tipos de tejidos son importantes, el exceso de grasa visceral es en concreto, el que incrementa el riesgo de síndrome metabólico, diabetes y enfermedades cardiovasculares, siendo un importante predictor de mortalidad. La falta de disponibilidad de la impedanciometría para la valoración de la composición corporal en un hospital de segundo nivel lleva a utilizar otras alternativas. La ecografía forma parte de las pruebas preoperatorias de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica y está establecida para la valoración de la esteatosis hepática. Sin embargo, recientemente se ha demostrado que puede valorar la distribución de la grasa corporal y el espesor de la musculatura como predictor de sarcopenia.

Objetivos: describir la utilidad de la ecografía para la valoración de la distribución de la grasa corporal y del espesor muscular en los pacientes que van a ser intervenidos de cirugía bariátrica.

Material y métodos: se realizaron mediciones ecográficas de la grasa subcutánea y visceral antes de la prehabilitación con batidos. La grasa visceral se midió desde la pared anterior de la aorta a la superficie posterior del músculo recto por encima del ombligo, y el espesor de la subcutánea en el mismo nivel, expresados en milímetros (mm). También se realizó una valoración de los mismos a nivel subxifoideo, calculándose la relación del espesor de la grasa visceral y subcutánea en forma de ratios. Además, se evaluó la esteatosis hepática mediante escala de gradación de 0 (ausente)-3 (grave), y el espesor del músculo recto femoral (mm).

Resultados: Se realizaron mediciones en 16 pacientes (10 mujeres y 6 hombres) pendientes de cirugía bariátrica, antes de los batidos, con edades comprendidas entre 27-51 años, e IMC de entre 36-49. El espesor medio de la grasa subcutánea supraumbilical fue de 38,25 (21-56) y de visceral de 87,50 (45-111), con ratio medio de 2,94 (1,07-5,19), siendo de 21,38 (16-28) y 13,50 (5-21) respectivamente, a nivel subxifoideo con ratio de 0,61 (0,29-0,91). La esteatosis hepática fue en todos de grado 3. El espesor medio de la musculatura fue de 15,07 (9,8-24) registrándose los valores más altos en hombres jóvenes y con IMC mayores de 45.

Conclusiones: La ecografía es una técnica reproducible que permite medir la grasa subcutánea y visceral en pacientes con obesidad candidatos a cirugía, y puede servir para valorar y diferenciar si existe un descenso real en la grasa visceral tras la prehabilitación con batidos y tras la cirugía, en hospitales en los que no se disponga de impedanciometría. La medición del espesor del músculo recto femoral preoperatorio es factible y puede utilizarse para valorar de forma individual la existencia de una sarcopenia postoperatoria.

P-03

REPARACIÓN DE EVENTRACIONES EN OBESOS MÓRBIDOS: UN ENFOQUE INTEGRAL CON CIRUGÍA BARIÁTRICA COMO ESTRATEGIA PREVIA A LA REPARACIÓN DE LA PARED ABDOMINAL

Jorge Febré Sánchez, Christian Esteo Verdú, Inmaculada Torrijo Gómez, Raul Canovas De Lucas, Rafael Sellés Dechent.

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.

Objetivos: La obesidad es el factor de riesgo de recurrencia más importante en la cirugía de la eventración abdominal. Se han descrito complicaciones tipo seromas, hematomas, infecciones de herida y recidivas, que se relacionan directamente con el índice de masa corporal (IMC). La pérdida de peso controlada antes de la cirugía de pared es difícil de conseguir si no se asocia una cirugía bariátrica. Por ello, en aquellos casos donde la eventración no está complicada, una opción de tratamiento es realizar, en primer lugar, la cirugía bariátrica, y tras la pérdida de peso, reparar la eventración con mayores garantías.

Material y métodos: Se presentan dos casos clínicos de pacientes con obesidad mórbida y defectos de pared abdominal conocida en los que se intervienen, en un primer tiempo de cirugía bariátrica para más tarde realizar la reparación de pared abdominal.

Caso clínico 1: Paciente de 57 años con antecedentes personales de obesidad grado III (IMC 40), hernioplastia umbilical en 2008 y eventroplastia umbilical con malla supraaponeurótica en 2010. Presenta eventración compleja M2-3 W2 con orificio herniario de 7.4cm de diámetro transversal. Se incluye en programa de cirugía bariátrica realizándose gastrectomía tubular laparoscópica en 2021. Al año posoperatorio presenta un IMC 25 por lo que es intervenida en Octubre 2023 de eventroplastia tipo Rives y dermolipectomía, confirmando la correcta perfusión de la piel con verde de indocianina. El posoperatorio inmediato cursa sin complicaciones siendo dada de alta al cuarto día posoperatorio.

Caso clínico 2: Paciente de 52 años con antecedente personal de Obesidad grado III (IMC 47), fumadora, SAOS con CPAP nocturna, exéresis de quiste ovárico derecho en 2017 por laparotomía infraumbilical y apendicectomía abierta en la infancia. Posteriormente presenta eventración M3W1. Se incluye en programa de cirugía bariátrica realizándose gastrectomía tubular en 2021. Tras dos años de la intervención presenta un IMC 22 sometándose entonces a eventroplastia tipo Rives y dermolipectomía en 2023. Durante el posoperatorio inmediato cursó con infección de herida quirúrgica requiriendo resección de zona umbilical y colocación VAC.

Resultados: En pacientes obesos mórbidos con eventración conocida se plantean dos posibles alternativas: la reparación de la eventración de forma simultánea con la cirugía bariátrica o la eventroplastia en un segundo tiempo, de forma diferida. Existe cierta controversia en la literatura a este respecto: aunque, según la evidencia, los pacientes intervenidos de forma simultánea no presentan una mayor mortalidad, sí se observa mayor tasa de reingreso, reintervenciones, infecciones de herida y de la prótesis. Por otro lado, cuando se realiza la corrección de la pared tras la pérdida de peso, además de verse reducido el número de complicaciones posoperatorias, es posible corregir en un mismo acto quirúrgico la eventración y el exceso de colgajo dermoepidérmico.

Conclusiones: En pacientes obesos mórbidos con grandes eventraciones, el tratamiento de la obesidad mediante cirugía bariátrica previa a la reparación de la hernia es un método seguro y definitivo para la corrección de la pared abdominal. El uso del verde de indocianina puede ser una herramienta útil para prevenir la necrosis de la piel.

P-04

ANÁLOGOS DE LA GLP-1 VS. MEDIDAS HIGIENICODIETÉTICAS AISLADAS: EFICACIA EN LA OPTIMIZACIÓN PREOPERATORIA DE PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Patricia Vílchez Fernández, Victor Siles Guerrero, Jennifer Triguero Cabrera, Araceli Muñoz Garach, Mónica Mogollón González, Cristina De La Merced Plata Illescas, María Jesús Álvarez Martín.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Objetivos: Valorar el efecto de los análogos de la GLP-1 (aGLP1) frente a medidas higienicodietéticas aisladas en la pérdida ponderal previa a cirugía bariátrica (CB).

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de pacientes sometidos a CB entre enero de 2022 y septiembre de 2023, en un hospital de tercer nivel.

Se incluyeron pacientes sometidos a CB primaria que cumplieron con los requisitos del protocolo de nuestro centro. Se dividieron los pacientes según no hubieran recibido tratamiento farmacológico o sí (por $IMC > 30$ o $> 27,5$ con comorbilidades). Los pacientes tratados con aGLP1 se dividieron a su vez en dos grupos según hubieran recibido Semaglutide (diabéticos) o Liraglutide (obesos) no diabéticos. Así se conformaron 3 grupos: 1) los que no recibieron tratamiento con aGLP, 2) los que recibieron tratamiento con Semaglutide y 3) los que recibieron tratamiento con Liraglutide. El control preoperatorio específico de la farmacoterapia y de las medidas higienicodietéticas fue realizado por el servicio de Endocrinología.

La pérdida ponderal (PP) desde el inicio del seguimiento hasta el día de la intervención se expresó en porcentaje de peso perdido (%PP). Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes; las cuantitativas por su media y desviación estándar. Se compararon las variables cuantitativas mediante test de normalidad, t-Student, ANOVA y test no paramétricos mediante programa Jamovi v2.3.28.

Resultados: 98 pacientes fueron analizados: 67 mujeres y 31 hombres. Presentaron una edad media de $49,2 \pm 8,97$ años y un peso medio de $128 \pm 20,1$ kg. El seguimiento medio fue de $29,2 \pm 2$ meses.

El grupo de pacientes tratado con farmacoterapia además de medidas dietéticas quedó conformado por 40 pacientes, frente a 48 enfermos que fueron tratados solo con medidas dietéticas. La duración de ambos tratamientos, así como el tipo de fármaco utilizado se detalla a continuación:

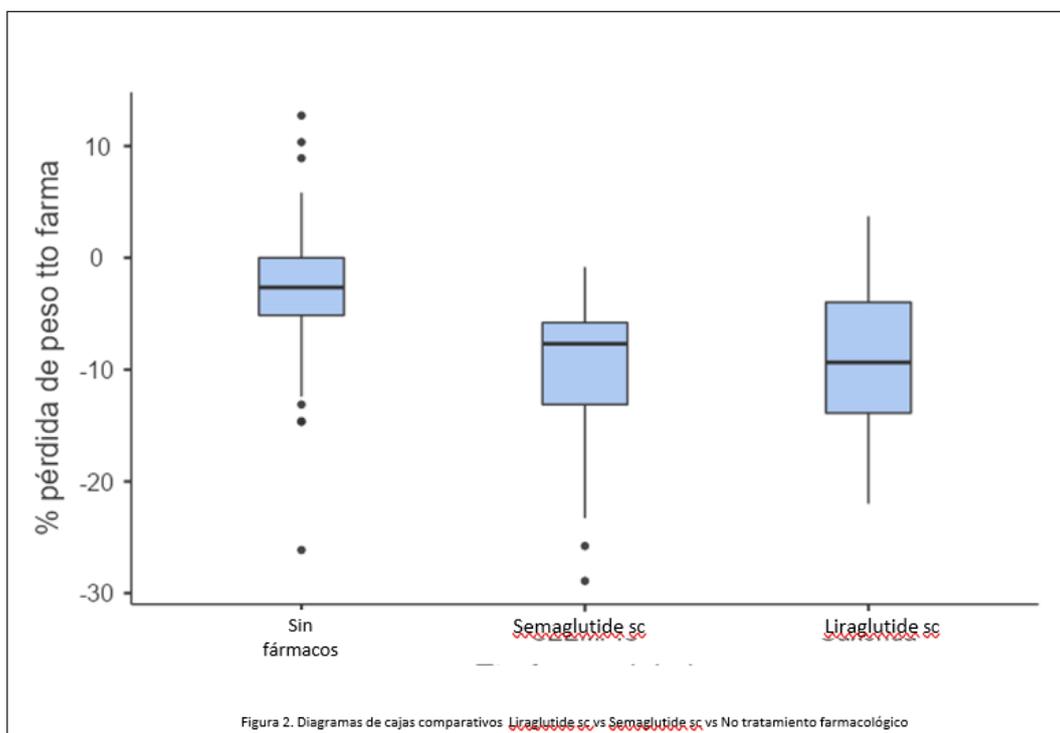
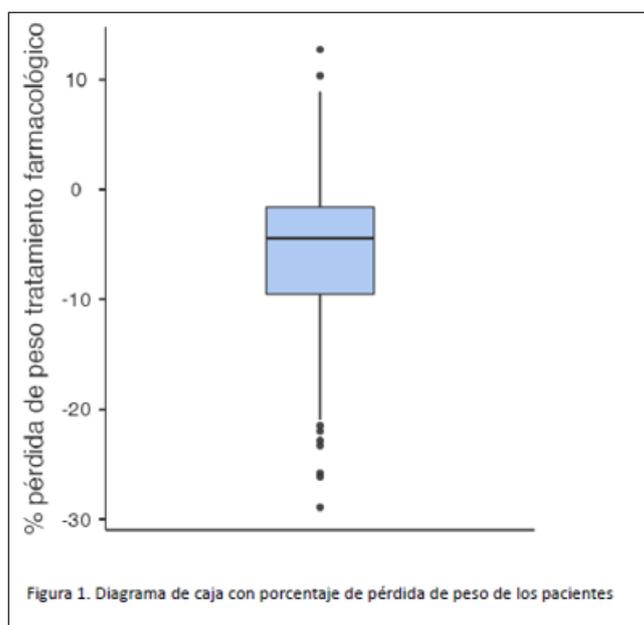
1. Dietético: 48 pacientes durante $28,33 \pm 22,9$ meses
2. Dietético + semaglutide sc: 21 pacientes durante $22,14 \pm 18,23$ meses.
3. Dietético + liraglutide sc: 19 pacientes durante $11,42 \pm 14,15$ meses.

El %PP preoperatorio global fue del $5,98\% \pm 8,82$ kg (Figura 1). Esta pérdida no tuvo diferencias significativas entre sexos, tanto si usaron aGLP1 como si no.

En el análisis univariante, se objetivó mayor %PP en el grupo de tratamiento con aGLP1 ($-10,2\% \pm 7,89$) frente al grupo tratado únicamente con dieta ($-3,09\% \pm 6,37$), $p < 0,001$ (Figura 2).

Se comparó Semaglutide sc y Liraglutide sc sin hallar diferencias significativas en la reducción de peso (Figura 2).

Conclusiones: El uso de aGLP1 en conjunto con dieta demostró una mayor eficacia en la optimización ponderal preoperatoria frente a medidas higienicodietéticas aisladas, independientemente del sexo y del tipo de aGLP1 pautado. Así, se consiguió reducir al menos el 10 % del peso inicial, habitualmente recomendado en el seguimiento de pacientes obesos en espera de CB.



P-05

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA. ANÁLISIS DE LA CURVA DE APRENDIZAJE PARA EL BYPASS EN Y DE ROUX ASISTIDO POR ROBOT (BPGYR-AR)

Montse Adell Trapé, Noelia Pérez Romero, Assumpta Caixàs Pedragos, Ariadna Cidoncha Secilla, Verónica Torreño Machado, Marina Luengo Moral, Alexis Luna Aufroy.

Corporació Sanitari Parc Tauli, Sabadell, España.

Introducción: La incorporación de la cirugía robótica en cirugía bariátrica ha ido creciendo de forma exponencial en los últimos años. A pesar de que las ventajas técnicas de la plataforma robótica en obesidad mórbida son ampliamente conocidas, aún existe debate sobre su uso generalizado.

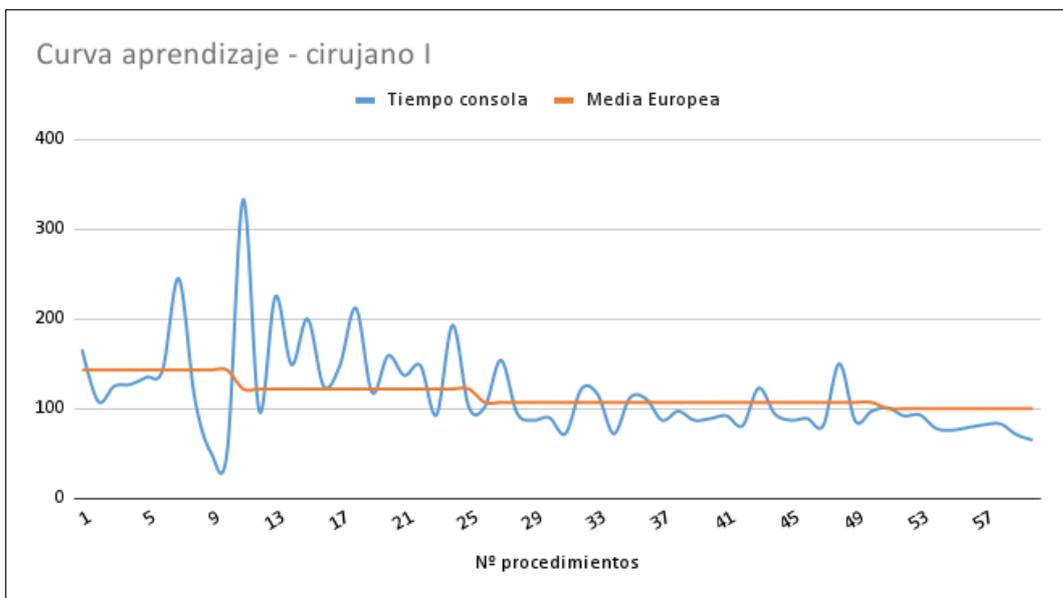
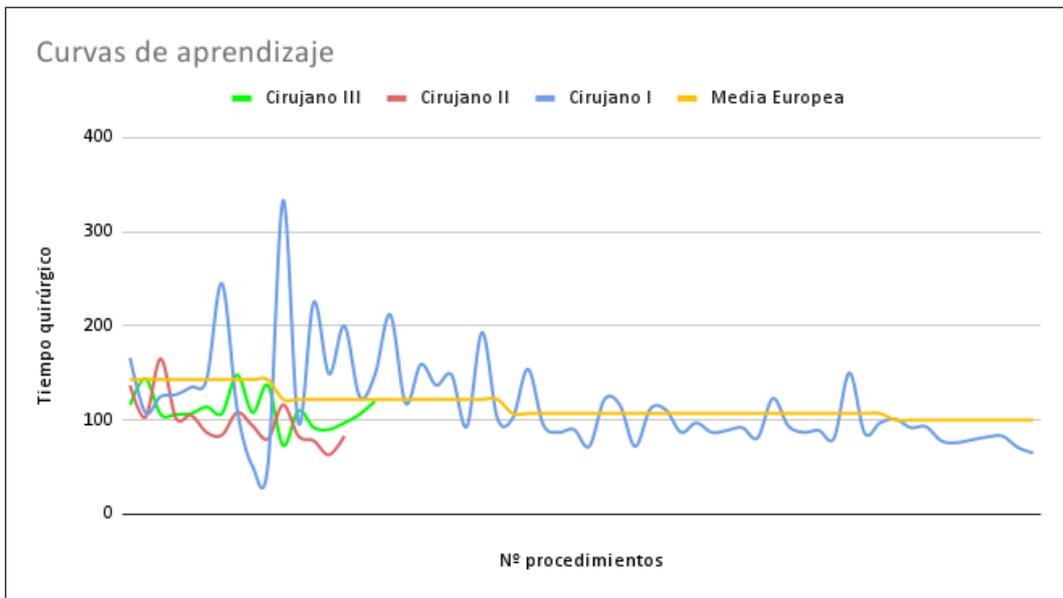
Objetivos: Evaluar la curva de aprendizaje en la implementación de la cirugía robótica en nuestra unidad, formada por tres cirujanos bariátricos. Presentamos un análisis retrospectivo de datos recogidos de forma prospectiva durante la implementación del programa.

Métodos: Se incluyen 91 pacientes intervenidos de bypass gástrico en Y de Roux mediante las plataformas daVinci Xi system y daVinci X system (Intuitive Surgical) desde el 2021 (inicio del programa de cirugía robótica) hasta la actualidad. Los pacientes han sido intervenidos por los tres cirujanos de la unidad, ninguno de ellos con experiencia previa en cirugía robótica, pero dos de ellos con amplia experiencia en cirugía laparoscópica. Uno de los cirujanos realizó en primer lugar la curva de aprendizaje, y posteriormente se incorporaron los otros dos. Los datos recogidos incluyen características demográficas de los pacientes (edad, sexo, IMC), tiempos quirúrgicos y complicaciones precoces. Se han excluido del análisis los pacientes sometidos a cirugía bariátrica revisional u otros procedimientos bariátricos o aquellos de los que no se ha podido obtener un tiempo quirúrgico fiable.

Resultados: De los 91 pacientes incluidos, el 77% fueron mujeres, edad media de 48.9 años (27-62) e IMC medio 45kg/m² (35-67.5). La ratio de complicaciones total fue de 6.5% (6/93), siendo un 4.3% complicaciones Clavien-Dindo I o II. Se registraron dos complicaciones mayores (Clavien-Dindo mayor de III).

El tiempo de consola medio total incluyendo las tres curvas de aprendizaje fue de 112±42min, con una mediana de 102min y moda de 87min. El primer cirujano en iniciar la cirugía robótica realizó el 65% de los procedimientos (60/93) mientras los otros dos realizaron el 35% restante (33/93). Se han comparado los tiempos quirúrgicos con la media europea facilitada por Intuitive. Al analizar los tiempos de cada cirujano, se observa como en los tres casos el tiempo disminuyó significativamente desde los primeros casos hasta los últimos. En el caso del primer cirujano, el tiempo de los últimos quince casos es significativamente menor que el de los quince primeros (procedimiento 1-15: 151±75min versus procedimiento 45-60: 88±19min, p<0,01). En el caso del primer cirujano, se observó la estabilización de la curva de después de 30 procedimientos. En el caso de los dos nuevos cirujanos, esta estabilización se adquirió con alrededor de 15 casos.

Conclusión: El BPGYR-AR es un procedimiento seguro, con tasas de complicaciones similares a la cirugía laparoscópica. Según nuestro análisis y en consonancia con la literatura, la curva de aprendizaje es rápida, alcanzando una meseta alrededor de los 30 casos. Esta curva puede disminuir si la formación está tutorizada por un cirujano ya formado en cirugía robótica. No obstante, se debe evaluar el papel de la robótica en la cirugía bariátrica en series más largas, con mayor nivel de evidencia y con resultados a largo plazo.



P-06

MEDICIÓN DE LA LONGITUD DEL INTESTINO DELGADO MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, UN POSIBLE RECURSO EN LA PLANIFICACIÓN Y PERSONALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD.

Alfonso Aliaga Rodriguez, Quiteria Francisca Hernandez Aguera, Andres Balaguer Roman, Alvaro Cerezuela Fernandez De Palencia, Valentin Cayuela Fernandez, Ignacio Sanchez Esquer, Alvaro Martínez Espí, Lucia Hernandez Ramos, Celia Martagón Mármol, Maria Dolores Frutos Bernal.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Objetivos: Actualmente sabemos que parte del éxito del bypass gástrico radica en la longitud del asa alimentaria y/o asa biliopancreática ya que podría influir en la pérdida de peso y la aparición de déficits, por lo que este procedimiento podría beneficiarse ampliamente de una medición precisa de la longitud intestinal preoperatoria.

El objetivo de este estudio es comparar las mediciones intraoperatorias de la longitud de las asas intestinales con aquellas obtenidas mediante tomografía computarizada (TC) con contraste oral y reconstrucción 3D. Se pretende evaluar la comparabilidad de ambas mediciones y validar la utilidad de la reconstrucción 3D mediante TC con contraste oral para lograr una medición precisa de la longitud intestinal.

Material y métodos: Se realizó medición de la longitud intestinal a través de tomografía computarizada (TC) con contraste oral y posteriormente se aplicaron técnicas de reconstrucción 3D en un total de 10 pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica para realización de bypass gástrico en Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Se realizaron mediciones intraoperatorias de la longitud de las asas intestinales durante la intervención quirúrgica.

Se compararon las mediciones intraoperatorias con las obtenidas por TC y evaluó la concordancia entre ambas.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

El estándar actual para medir la longitud del intestino delgado se basa en la medición intraoperatoria realizadas por cirujanos experimentados. Sin embargo, estas mediciones presentan ciertos inconvenientes debido a diversos factores como la exposición adecuada, la herramienta utilizada y la persona que realiza la medición. Además, esta evaluación se realiza después de que se ha tomado la decisión de operar, con el paciente bajo anestesia y con la intervención quirúrgica ya iniciada.

La reconstrucción tridimensional (3D) mediante tomografía computarizada (TC) podría ofrecer una comprensión más detallada de la anatomía y facilitar la medición de las asas intestinales. Esta aproximación podría permitir intervenciones personalizadas, mejorando la eficacia y reduciendo las comorbilidades en cada paciente.

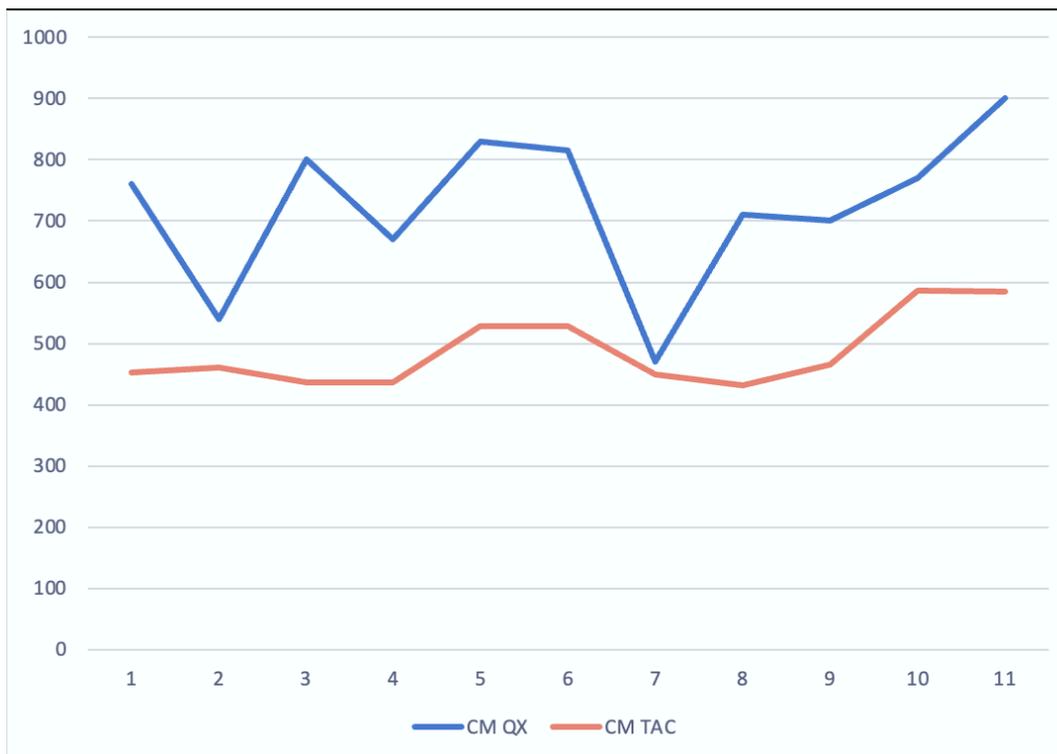
En nuestra muestra de 10 pacientes:

- En cuanto a la medición intraoperatoria se obtuvo una media = 725.5, mediana = 740.0 y una desviación Estándar = 92.015
- En cuanto a la medición con (TC) con contraste oral se obtuvo una media = 492.9, mediana = 487.0, y una desviación Estándar = 58.598
- La correlación entre las mediciones de los dos observadores es de aproximadamente 0.57 lo que sugiere una relación moderada.

En el análisis del gráfico de líneas (Gráfico 1) que representa las mediciones, se observa una tendencia positiva, sin embargo, la presencia de fluctuaciones y cambios en la dirección de la línea indica que la relación no es perfecta y que hay variabilidad en las mediciones.

Conclusiones:

1. Los pacientes sometidos a bypass gástrico podrían beneficiarse de la medición preoperatoria precisa del intestino delgado con el objetivo de realizar una cirugía individualizada.
2. En nuestro caso, dada la muestra obtenida no se puede establecer una relación firme entre la medición mediante TC con reconstrucción 3D con las mediciones intraoperatorias.
3. Seguimos trabajando para conseguir validar este método que nos permita evitar cirugías de revisión.



P-07

LA IMPORTANCIA DE LA PÉRDIDA DE PESO PREVIA A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

Lourdes Garrido Sánchez, Inmaculada Ramírez Sánchez, Ana Sánchez García, Raquel Sancho Marín, Carolina Gutiérrez Repiso, Dieter Morales García, José Luis Fernández Serrano, Ana Ocaña González, Francisco Tinahones Madueño, Luis Ocaña Wilhelmi.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: La cirugía bariátrica es la opción terapéutica más efectiva en la lucha contra la obesidad mórbida. Sin embargo, la preparación de los pacientes antes de la cirugía es esencial para maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. Por ello, la pérdida de peso previa a la cirugía es un factor crítico que considerar.

Objetivo: Determinar el papel del IMC previo a la cirugía en la trayectoria de pérdida de peso y la mejora metabólica observada tras la cirugía.

Material y métodos: Se incluyeron 20 pacientes con obesidad mórbida sometidos a una gastrectomía tubular y seguidos antes y 6 meses tras la cirugía bariátrica. Los pacientes se sometieron a un programa de nutrición para la pérdida de peso, previamente a la cirugía, calculándose el % de cambio en el peso (%CPN) e IMC (%CIMCN). Se analizaron también diferentes variables antropométricas y bioquímicas antes y tras la CB. Se calculó también la pérdida total de peso (%PTP) y el exceso de peso perdido (%EPP) a los 6 meses tras la cirugía.

Resultados: Los pacientes perdieron un 52% del exceso de peso y un 25% del peso total a los 6 meses tras la cirugía. El %EPP correlacionó positivamente con el %CPN ($p=0.037$), y el %PTP correlacionó positivamente con el %CPN ($p=0.016$) y el %CIMCN ($p=0.027$). Cuando realizamos un análisis de varianza para ver que variables están implicadas en ese %EPP tras la cirugía, solo el IMC previo a la cirugía ($p=0.002$) y el %CPN ($p=0.020$) fueron las variables que explicaron el %EPP, con una R^2 de 0.552 (Intervalo de confianza: 1.708-0.166 y 1.839-0.468, respectivamente) y ajustado por la edad, sexo y medicación para la DM2.

Discusión: Los hallazgos de este estudio muestran la importancia de evaluar y controlar el IMC antes de la cirugía, ya que parece tener un impacto significativo en los resultados a corto plazo de la cirugía bariátrica.

Agradecimientos: Este trabajo fue apoyado en parte por una subvención de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía (PI-0108-2022) y una beca de ayuda FUNSECO (2023). CIBEROBN es una iniciativa del ISCIII y fondos FEDER.

P-08

NISSEN CON EL REMANENTE GÁSTRICO COMO TRATAMIENTO PARA EL REFLUJO POST BYPASS

Carmen Rodríguez Haro, J. Daniel Sánchez López, María Hernández O'reilly, Inmaculada Mellado Sánchez, Juan Gajda Escudero, Carolina Peck, Esther Ferrero Celemín, Fátima Sánchez-Cabezudo Noguera, José María Gil López, Antonio L. Picardo Nieto.

Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España.

Objetivo: El reflujo gastroesofágico (RGE) es una enfermedad muy prevalente en pacientes con obesidad mórbida (73%). Aunque el bypass gástrico en Y de Roux (BGRY) es considerada una técnica bariátrica antirreflujo, en un porcentaje de pacientes (11-22%) este no desaparecerá tras someterse a un bypass, e incluso en una minoría podría aparecer de novo. No existe actualmente un consenso sobre el tratamiento del RGE persistente tras BGRY. El objetivo es presentar dos casos clínicos con esta patología para exponer el tratamiento propuesto y sus resultados.

Material y métodos: Se describen dos casos de pacientes reintervenidos por RGE persistente tras BGRY:

Mujer de 67-años con antecedentes de IMC 45,3kg/m², asma, RGE y Barrett. Operada en Colombia en 2010 de BGRY. IMC mínimo a los 20 meses de 27kg/m². Progresivamente presentó reganancia ponderal y empeoramiento del RGE. Las gastroscopias sucesivas seguían evidenciando un Barrett sin displasia. En 2021 se decidió reintervenirla con un IMC de 32kg/m², una manometría con un esfínter esofágico inferior (EEI) hipotenso, hernia de hiato (HH) en el tránsito y pHmetría patológica (DeMeester 109,06).

Varón de 49-años con IMC 37,3kg/m², SAOS, dislipemia, Von-Willebrand y RGE. Intervenido de BGRY en 2015 con buen control ponderal los primeros 3 años (IMC mínimo 29,4kg/m²) y reganancia posterior (IMC 40,5kg/m² en 2023). Presentó también empeoramiento progresivo del RGE. En 2023 se realizó una pHmetría patológica (DeMeester 177,92), manometría con un EEI hipotenso, un TC y un tránsito que describieron un reservorio gástrico dilatado por encima del hiato esofágico.

Resultados: Laparoscopia exploradora en marzo de 2021 visualizándose: HH con el reservorio gástrico de tamaño normal y un "candy cane" dilatado y elongado. Se realizó resección del "candy cane", cierre de los pilares diafragmáticos calibrado y funduplicatura tipo Nissen con el remanente gástrico. Sin complicaciones durante la cirugía, alta al tercer día con ingesta oral correcta. Se repitió en junio 2022 la manometría con un EEI con tono adecuado, y la pHmetría que no detectó reflujo patológico. En la revisión de los 2,5 años tenía un IMC de 32kg/m² y negaba clínica de RGE.

Laparoscopia exploradora en diciembre de 2023 observándose un reservorio dilatado y herniado, que se redujo a la cavidad abdominal y se disminuyó su tamaño. Se realizó una funduplicatura tipo Nissen con el remanente gástrico con cierre de pilares calibrado. Además se reseco el "candy cane" y se elongó el asa biliar. Sin complicaciones intraoperatorias, alta al segundo día con tolerancia oral correcta. En la revisión del primer mes negó clínica de reflujo.

Conclusiones: El RGE persistente tras BGRY aparece en un porcentaje no desdeñable de pacientes y no existe un consenso sobre su tratamiento. En primer lugar, creemos que la cirugía de revisión está indicada en estos casos para diagnosticar y tratar las posibles causas del reflujo (tamaño del reservorio, hernia de hiato). Por otro lado, consideramos que el tratamiento del RGE tras BGRY con un cierre calibrado de los pilares diafragmáticos y una funduplicatura con el remanente gástrico es una opción eficaz, segura y reproducible.

P-10

BY PASS GÁSTRICO Y TORE, ¿ALIANZA SEGURA?

Maria Marqueta De Salas, Teresa Gonzalez Lopez, Mikel Rojo Abecia, Miriam Perez Pelayo, Lorena Rodriguez Gomez, Raquel Blanco Corral, Antonio Garcia Dominguez, Ana Alvarez Cuiñas, Maria Dolores Cancelas Felgueras, Javier Martin Ramiro.

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España.

Objetivos: La obesidad mórbida tiene una prevalencia creciente en los últimos años y la cirugía juega un papel fundamental en su tratamiento multidisciplinar. Las técnicas más comúnmente realizadas son la gastrectomía vertical y el by pass gástrico que consiguen muy buenos resultados a corto y medio plazo.

Existe un desafío en cuanto al abordaje de la reganancia ponderal y la aparición de complicaciones, entre ellas el síndrome de dumping en el caso del by pass gástrico. El TORe (Transoral Outlet Reduction) es una técnica de sutura endoscópica mediante Apollo OverStich que permite la revisión de la anastomosis gastroyeyunal para reducirla, retrasando el vaciamiento gástrico y consiguiendo mejorar sobre todo los síntomas asociados al síndrome de dumping.

El objetivo de este trabajo es la evaluación de los resultados obtenidos con la técnica TORe en el Hospital Severo Ochoa.

Material y métodos: Estudio retrospectivo transversal sobre una muestra de 105 by pass gástricos realizados entre los años 2012 y 2022. La edad promedio fue de 40.81 años y el IMC preoperatorio promedio de 46.39. La longitud de asa alimentaria fue de 2m y la anastomosis gastroyeyunal fue circular con EEA de 25mm.

Se realizó un análisis de los pacientes que presentaron síndrome de dumping refractario al tratamiento médico tras la cirugía en estos 10 años y todos ellos fueron sometidos a TORe en nuestro hospital entre los años 2019 y 2022. El intervalo medio entre la cirugía y la realización del TORe fue de 7 años.

Resultados: Se encontraron 6 pacientes (5.71% del total) que presentaron sintomatología de dumping refractaria al tratamiento médico, todos fueron mujeres con una media de edad de 53.66 años.

Tras la cirugía, la pérdida de peso promedio fue de 43.48Kg en el primer año. Entre el segundo y el quinto año de seguimiento, 5 de los 6 pacientes además presentaron síndrome de dumping con una reganancia ponderal media de unos 8.10 kg.

El procedimiento fue realizado en quirófano, con una duración media de 65.33 minutos. El diámetro medio de la anastomosis gastroyeyunal fue de 36.83 mm que se redujeron hasta los 10 mm utilizando para ello una media de 2.83 suturas. Se realizó además una plicatura del remanente gástrico en 4 pacientes.

La pérdida de peso media a los seis meses tras el TORe fue de 6.24kg en 5 pacientes. Todos los pacientes mejoraron los síntomas derivados del síndrome de dumping disminuyendo el Sigstad Dumping Score. No se registraron complicaciones relacionadas con el procedimiento en ninguno de ellos.

Conclusiones: Los resultados preliminares de la aplicación de la técnica TORe en el Hospital Severo Ochoa muestran su eficacia y seguridad en cuanto al tratamiento de los síntomas derivados del síndrome de dumping refractario al tratamiento y en la reducción de la reganancia ponderal tras el by pass gástrico.

P-11

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA ASISTIDA POR ROBOT EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Isabel María Jiménez Moreno, Maria Encarnación Tamayo Rodriguez, Jose María Rodriguez Lucas, Andrea María Hurtado Vázquez, Maria Valero Soriano, Jesus Sandoval Marín, Celia Moreno García, Belen Agea Jiménez, Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz, Francisco Miguel González Valverde.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.

Introducción: La cirugía bariátrica representa el tratamiento más efectivo de la obesidad, con pérdida de peso a largo plazo y mejoría de las comorbilidades asociadas. A pesar del abordaje mínimamente invasivo con laparoscopia que ha permitido una reducción de mortalidad y morbilidad en el postoperatorio de estos pacientes, existen algunos inconvenientes como la falta de articulación de los instrumentos o la visión 2D. La laparoscopia asistida por robot ofrece mejora en la ergonomía del cirujano, la visualización, destreza y mejor movilidad de trabajo en espacios pequeños o complejos. Sin embargo, hasta el momento no se han establecido indicaciones para la selección de pacientes que se someterán a cirugía bariátrica asistida por robot.

Este estudio pretende poner de manifiesto la implantación de la cirugía bariátrica asistida por robot en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se recogieron los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica entre marzo de 2022 y enero de 2024 mediante abordaje robótico en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, un hospital de tercer nivel, que cuenta con un total de 330 camas y 12 quirófanos. Se realiza un análisis descriptivo de la selección de pacientes en nuestro hospital, resultados postoperatorios y las principales limitaciones.

Resultados: Se intervinieron un total de 13 pacientes en el periodo de estudio. Se han realizado 2 gastroplastias tubulares, 9 bypass gástrico en Y de Roux (BGYR), 1 SADIS y 1 conversión a anatomía normal en un paciente con diagnóstico de Sd. Lynch que precisaba controles endoscópicos del remanente gástrico. El IMC medio preoperatorio de los pacientes fue de 45.52 Kg/m² (máximo IMC 70 Kg/m²) con un porcentaje de exceso de IMC perdido (PEIMCP) medio del 90.10%. Todos los pacientes han sido alta hospitalaria a las 48h de la cirugía tras haber iniciado tolerancia oral y no se ha registrado ninguna complicación postquirúrgica ni intraoperatoria, aunque cabe destacar el escaso tamaño muestral.

Discusión y conclusiones

La implantación de la cirugía robótica en nuestro hospital se realizó en octubre de 2021, con una pluma Da Vinci compartida entre ginecología, urología y cirugía general (ésta última 2 días/semana), siendo la mayoría de pacientes intervenidos por patología colorrectal o esofagogástrica. En el caso de la cirugía bariátrica se ha reservado para pacientes con mayor IMC por la mayor complejidad quirúrgica y mejora en la ergonomía del cirujano. Se inició la curva de aprendizaje con pacientes con menor IMC y candidatos a gastroplastia tubular, realizando posteriormente BGYR. Tras 7 casos se realizó un SADIS en paciente con obesidad tipo IV, aunque la técnica más empleada fue el BGYR.

Diversos estudios sugieren mejores resultados y menores tasas de complicación en pacientes superobesos (IMC > 60 Kg/m²) intervenidos mediante abordaje robótico, sin embargo todavía no se han establecido por el momento indicaciones en el proceso de selección de pacientes candidatos a cirugía bariátrica asistida por robot.

P-12

HEMORRAGIA ENDOLUMINAL DEL REMANENTE GÁSTRICO COMO COMPLICACIÓN PRECOZ INUSUAL TRAS BYPASS GÁSTRICO EN Y-DE-ROUX

Belén Martínez Mifsud, Anna Curell, Paula González Atienza, Víctor Turrado Rodríguez, Dulce María Momblán García, Jordi Farguell Piulachs, Miguel Pera Roman, Ainize Ibarzábal Olano.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: El bypass gástrico en Y-de-Roux sigue siendo considerado el gold standard en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Las complicaciones post-operatorias, aunque son poco frecuentes, pueden estar asociadas a una alta morbimortalidad. Las complicaciones hemorrágicas tienen una incidencia que oscila entre el 0.8 y el 4.4% en la literatura, siendo las anastomosis y las líneas de grapado los principales puntos de riesgo.

Las complicaciones del remanente gástrico tras BGYR, además de infrecuentes, presentan un diagnóstico complejo dada la ausencia de signos y/o síntomas específicos y la dificultad para el acceso endoscópico. Además, existe escasa literatura y con bajo grado de evidencia que analice estas complicaciones. Así pues, el diagnóstico precoz de complicaciones del remanente gástrico supone un reto, motivo por el cual no debe olvidarse en los algoritmos diagnóstico-terapéuticos.

Discusión: Presentamos el caso clínico de una paciente de 51 años sin antecedentes médicos de interés, intervenida de BGYR por obesidad grado III con un IMC de 43 Kg/m². En el postoperatorio inmediato inició un cuadro de algias incoercible pese a medicación, taquicardia de 120 lpm, sin hipotensión asociada, por lo que se solicitó una analítica sanguínea que evidenciaba anemia con caída de 4 puntos de la hemoglobina, de 14 g/dL a 10 g/dL en 24 horas. Se decidió solicitar un TAC abdomino-pélvico urgente que mostró un gran hematoma en la luz del remanente gástrico de 12x6 cm, con signos de sangrado activo arterial en la región endoluminal de la sutura gástrica y mínimo hemoperitoneo periesplénico asociado.

Se decidió realizar arteriografía urgente del tronco celíaco, de la arteria mesentérica superior y de la arteria gástrica izquierda, sin objetivarse en ese momento signos de sangrado activo, por lo que se decidió no embolizar y mantener una vigilancia activa estrecha.

La paciente fue trasladada a la UCI, donde permaneció ingresada un día, manteniéndose hemodinámicamente estable sin soporte vasoactivo. Se realizaron analíticas seriadas de control que evidenciaron anemia de hasta 8 g/dL de hemoglobina, por lo que requirió transfusión de 1 CCHH con estabilización posterior de la hemoglobina. Presentó disminución progresiva del hematoma en los controles radiológicos por TC. La paciente fue dada de alta diez días tras la intervención sin incidencias posteriores.

Conclusiones: La hemorragia endoluminal del remanente gástrico puede ser una complicación grave del bypass gástrico, extremadamente inusual, y puede asociar una elevada morbimortalidad en casos de retraso en el diagnóstico y a la baja reserva funcional de los pacientes con obesidad mórbida. Es necesario un alto grado de sospecha en pacientes postoperados con mal control del dolor y taquicardia. El manejo conservador, el tratamiento endoscópico con doble balón o la cirugía urgente, en función del estado hemodinámico de los pacientes y del tiempo de aparición de la complicación, formarán nuestro abanico terapéutico.

P-13

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN CIRUGÍA BARIÁTRICA EN NUESTRO CENTRO. PROTOCOLO Y PRIMEROS CASOS

Beatriz Remezal Serrano, Mónica Rey Riveiro, Juan Perez Legaz, Gema Giner Merino, Ana Tomás Martínez, Pilar Serrano Paz.

Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, España.

Objetivos: Exposición de la implantación del protocolo de régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en Cirugía Bariátrica en nuestro centro. Protocolo y primeros casos.

Material y métodos: Análisis descriptivo del primer paciente en nuestro centro que, cumpliendo los criterios de inclusión y valorado por un equipo multidisciplinar, fue incluido en régimen CMA para ser sometido a una gastrectomía vertical laparoscópica (GVL).

Los criterios de inclusión para la GVL en régimen CMA: edad mayor de 18 años, clasificación ASA I, II, III, ausencia de complicaciones anestésicas previas, apoyo domiciliario las primeras 24 horas tras la cirugía en nuestra área asistencial, ausencia de anticoagulación y antiagregación, y consentimiento informado por escrito.

El paciente ingresa el mismo día de la intervención quirúrgica, realizándose GVL sobre sonda tutor de 40Fr. No se coloca drenaje abdominal. Infiltración con anestésico local de puertos laparoscópicos. La sonda vesical es retirada tras la intervención. Inicia tolerancia a líquidos a las 6 horas de la cirugía y movilización precoz con medias elásticas en URPA.

Si no existen incidencias, el paciente es dado de alta a las 6-8 horas tras la cirugía tras tolerancia oral, con analgesia y antieméticos domiciliarios en infusor intravenoso y con información sobre medidas postoperatorias, así como signos y síntomas de alarma con los que acudir a urgencias. El seguimiento se lleva a cabo mediante la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) que realiza la primera valoración en las 24 y 48 horas siguientes. El inicio de la nutrición enteral se realiza según el protocolo de Nutrición y Dietética de nuestro centro a las 48 horas. A las 72 horas se llevará a cabo una consulta telefónica con Cirugía. La valoración física se realiza en consultas externas entre el quinto y el sexto día postoperatorios.

Presentamos el caso de una mujer de 53 años sin antecedentes personales de interés con un IMC de 33,8 kg/m². Tras ser valorada por un comité multidisciplinar fue considerada apta para GVL en régimen CMA.

Resultados: La paciente fue intervenida realizándose una GVL. A las 8 horas de la intervención fue dada de alta tras comprobar adecuada tolerancia oral a cargo de la UHD para manejo analgésico y antiemético, sin incidencias, con seguimiento por parte del servicio de Cirugía General. El tercer día postoperatorio fue dada de alta por la UHD y fue valorada en consultas externas de Cirugía General, donde se continuó su evolución sin complicaciones hasta la fecha.

Conclusiones: La CMA es una modalidad que se ha ido desarrollando ampliamente en las distintas especialidades en los últimos años gracias a los avances en las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y a los avances anestésicos, permitiendo una recuperación rápida y un adecuado manejo del dolor.

La cirugía bariátrica se ha unido a esta modalidad mostrando resultados prometedores, siempre que haya una buena selección de pacientes y un adecuado seguimiento postoperatorio para prevenir y detectar las posibles complicaciones postquirúrgicas.

P-14

INVAGINACIÓN INTESTINAL DEL PIE DE ASA TRAS CIRUGÍA DE BYPASS GÁSTRICO ¿ESTÁN CLARAS LAS INDICACIONES DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO? A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Andrea María Hurtado Vázquez, Belén Agea Jiménez, María Valero Soriano, Francisco Miguel González Valverde, Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz, Isabel María Jiménez Moreno, José María Rodríguez Lucas, Celia Moreno García, Jesús Sandoval Marín, María Encarnación Tamayo Rodríguez.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.

Introducción: El bypass gástrico (BPG) es una de las técnicas bariátricas más realizada a nivel mundial dada su efectividad y baja tasa de complicaciones. La invaginación intestinal tras BPG es un evento poco común pero significativo con una incidencia estimada menor al 0,4%. Sabemos que el tratamiento urgente debe ser quirúrgico y lo antes posible pero la indicación no parece tan absoluta cuando se tratan de casos no emergentes.

Casos clínicos:

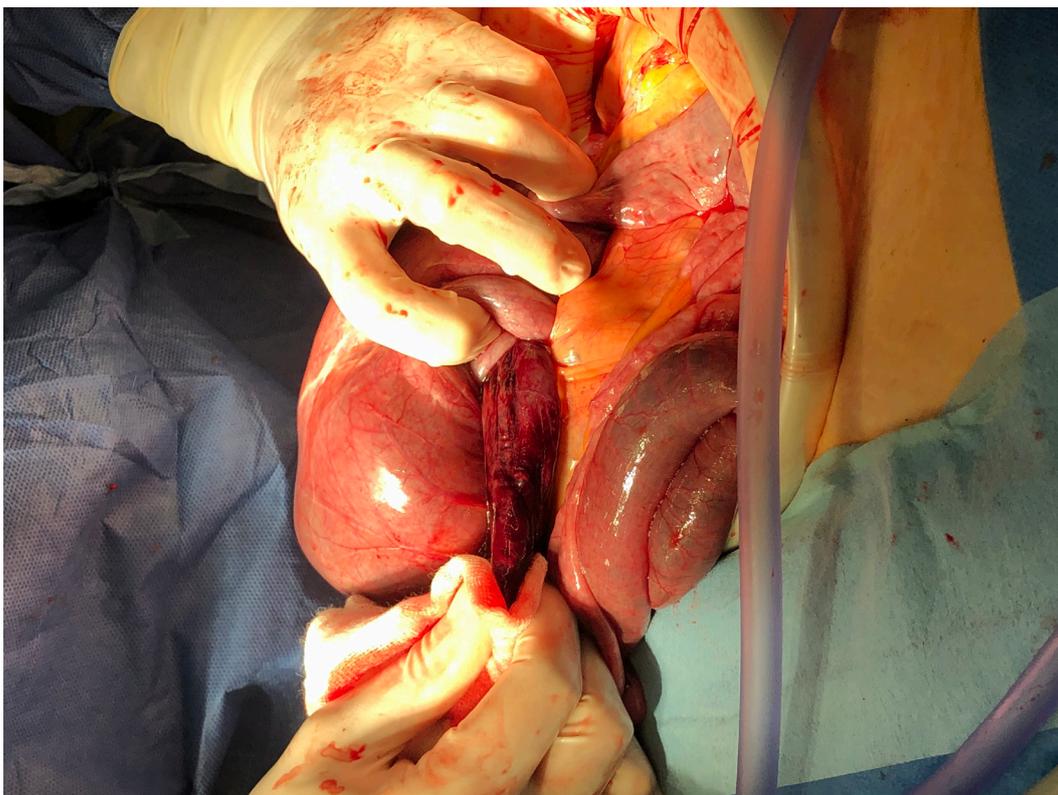
Caso clínico 1:

Paciente mujer de 35 años intervenida de BPG en octubre de 2009, con un porcentaje de exceso de IMC perdido (PEIMCP) del 104,99%, acude a Urgencias en mayo de 2023 por cuadro de dolor abdominal generalizado brusco e intenso asociado a náuseas y vómitos. En la exploración destaca abdomen doloroso a la palpación con defensa generalizada. Los datos de laboratorio no fueron destacables. La tomografía computerizada (TC) mostró hallazgos compatibles con invaginación intestinal del pie de asa (Fig. 1). Se decidió laparoscopia emergente que hubo que convertir a cirugía abierta hallando invaginación retrógrada de pie de asa conteniendo 60 cm de asa común (Fig. 2). Se logró reducción de la intususcepción y se reseco el pie de asa confeccionando nueva anastomosis.

Caso clínico 2:

Paciente mujer de 41 años intervenida de BPG en marzo de 2022, con un PEIMCP del 123,23%, refiere en la consulta de seguimiento al año y medio molestias abdominales de 2 meses de evolución llegando a alta intensidad en ocasiones. La exploración física y datos analíticos no son relevantes. Se realiza TC abdominal y muestra signos compatibles con invaginación en anastomosis del pie de asa sin obstrucción asociada (Fig. 3). Ante ausencia de signos/síntomas de alarma se realiza enteroscopia programada visualizando anastomosis gastroentérica y de pie de asa normal (Fig. 4). Actualmente la paciente continúa con molestias abdominales en epigesogastrio inespecíficas y se le ha propuesto laparoscopia exploradora para revisión.

Conclusiones: La presentación clínica de invaginación intestinal tras BPG no es específica. La TC es la prueba diagnóstica de elección y aunque el tratamiento sigue siendo controvertido, una identificación temprana e intervención quirúrgica precoz parecen reducir la morbilidad y prevenir recurrencia. Estos datos parecen ser claros en los casos de urgencia, sin embargo, en los pacientes con estabilidad clínica parece beneficioso completar el estudio y plantear una cirugía programada de revisión en caso de persistencia de sintomatología.



P-15

ADHERENCIAS MESENTÉRICAS EN ASA ALIMENTARIA, CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL TRAS BYPASS GÁSTRICO

Alba Rubiera Álvarez, Claudia Hernández Oramas, Beatriz Guil Ortiz, Sergio González Hernández, Diana Rodríguez González, Iván Arteaga González.

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.

Introducción: El abordaje laparoscópico del Bypass Gástrico (BG) presenta como ventajas ha supuesto un avance notorio dentro de la cirugía bariátrica, dado que, frente a la vía abierta presenta menor dolor, tiempo de recuperación y número de complicaciones, con muy buenos resultados. No obstante, no es una técnica exenta de complicaciones, siendo la más frecuente, la hernia interna, con una frecuencia aproximada del 0.5-11%. Se presenta de forma tardía, en el primer o segundo año tras la cirugía, ya que es el periodo de mayor pérdida de peso, por lo que, en caso de existir defectos mesentéricos estos aumentan. Es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en pacientes post-operados de BG y la clínica puede variar desde dolor abdominal moderado y vómitos, hasta abdomen agudo. Sin embargo, otras causas menos frecuentes son las hernias incisionales, las bridas y la estenosis anastomóticas. Para su diagnóstico, es aconsejable realizar TC de abdomen. En aquellos casos en los que exista disociación clínico-radiológica y alta sospecha clínica, se recomienda revisión quirúrgica.

Material y métodos: Presentamos caso de paciente con abdomen agudo, tras BG con sospecha de hernia interna. Se realizó búsqueda de PubMed, acerca de la incidencia, presentación clínica y diagnóstico de complicaciones postquirúrgicas del BG.

Caso clínico:

Paciente mujer de 44 años intervenida hace 3 años de BG, sin incidencias durante el postoperatorio inmediato. IMC previo a cirugía de 40, con buena pérdida ponderal (IMC actual 23,2). Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal severo de mal control, pese a analgesia de primer y segundo escalón, vómitos alimenticios y diarreas sin productos patológicos. Analíticamente, sin leucocitosis ni aumento de reactantes de fase aguda. Se solicitó TC de abdomen con presencia de arremolinamiento de vasos mesentéricos y sospecha de obstrucción mecánica con cambio de calibre próximo a anastomosis yeyu-yeyunal de cirugía previa. Ante el mal control del dolor, se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparoscopia exploradora, en la que se evidencia abundante cantidad de líquido blanquecino en cuatro cuadrantes, sugestivo de líquido linfático. Dilatación de asas de intestino delgado con ingurgitación de vasos linfático, sin objetivar signos de isquemia intestinal. Se revisaron las asas de intestino delgado desde ciego hasta ángulo de Treitz, sin evidenciar defectos mesentéricos ni signos de hernia interna. Durante la revisión, se aprecia dilatación marcada del asa alimentaria y adherencia firme entre el meso de la misma, que se encuentra torsionada sobre su mismo eje. Se procede a la liberación de la adherencia evidenciando una rotación de 180° en el asa, corroborando así la resolución del cambio de calibre. La paciente presenta evolución favorable durante el postoperatorio.

Conclusión: La realización de una exploración exhaustiva desde la válvula ileocecal hasta el pie de asa, la identificación y seguimiento de las asas biliar y alimentaria, así como el cierre de ojales mesentéricos y observación meticulosa del calibre y orientación de las mismas, emerge como un protocolo indispensable en la cirugía de revisión, subrayando la importancia de una adecuada comprensión de la anatomía relacionada al procedimiento bariátrico a revisar.

P-16

EVALUACIÓN PONDERAL Y DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OBESOS TRAS 12 MESES DE GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA

Antón Sánchez Lobo, M^a Lourdes Hernández Cosido, Susana María Martín Domínguez, Juan Sebastian Vargas Parra, Manuel Torres Jurado, Omar Abdel-Lah Fernández, Ricardo Vázquez Perfecto, Isidro Jimenez Vaquero, Pedro Antonio Montalbán Valverde, Felipe Parreño Manchado.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Objetivos: La obesidad es actualmente un grave problema de salud pública y ha llegado a calificarse de pandemia global. La cirugía bariátrica es el único tratamiento que puede mejorar consistentemente y a largo plazo (>5 años), la calidad de vida de pacientes con obesidad. En este estudio se pretende evaluar de forma objetiva la cuantificación de la pérdida de peso y la variación del Índice de Masa Corporal (IMC), así como evaluar subjetivamente la mejora de la calidad de vida en los ámbitos físico, social y de salud mental durante el primer año de seguimiento de los pacientes obesos sometidos a gastrectomía tubular laparoscópica.

Material y métodos: Se estudió una cohorte de 18 pacientes adultos seguidos durante un año, diagnosticados de obesidad con un IMC mayor de 35 kg/m² intervenidos quirúrgicamente de gastrectomía tubular laparoscópica en la Unidad de Cirugía Bariátrica del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Se realizaron evaluaciones telefónicas tras 12 meses de la intervención evaluando la pérdida de peso y realizando el cuestionario SF-36 que permite evaluar ocho ítems relativos a la calidad de vida (función y rol físico, dolor, salud general, salud mental, rol emocional, vitalidad y función social). El rango de puntuaciones para cada dimensión oscila entre 0 y 100, siendo una puntuación mayor de 50 indicador de buena calidad de vida o mejoría de esta. Se realizó el análisis estadístico en el programa SPSS versión 29.

Resultados: De los 18 pacientes incluidos, 13 (72,2%) eran mujeres y 5 (27,8%) hombres. El promedio de IMC fue 46,66 kg/m² previo a la intervención y 31,16 kg/m² después de la intervención. La media de porcentaje de exceso de IMC perdido fue de 73,92%. El peso medio antes de la intervención fue de 125,11 kg (DE= 21,16), sin embargo a los 12 meses de la intervención fue de 83,44 kg (DE= 16,85), lo que supone una media de pérdida de peso de 41,67 kg (DE= 16,65). La puntuación media total del cuestionario SF-36 fue de 87,78 puntos (DE = 12,20), correlacionándose con una satisfactoria calidad de vida a los 12 meses de la intervención.

Conclusiones: La cirugía bariátrica ha demostrado ser un tratamiento eficaz para la obesidad desde el punto de vista ponderal y repercute además de forma positiva en la calidad de vida de los pacientes obesos sometidos a gastrectomía tubular laparoscópica, evaluados 12 meses después de la intervención.

P-17

MANEJO DEL DUMPING TARDÍO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Daniel Cuenca Leal, Victoria Antolin Sanchez, Cristina Rihuete Caro, Marta Urzay Gutierrez, Marta Reguera Sanchez Vera, Maria Victoria Vieiro Medina, Laura Alonso Murillo, Carlos García Vásquez, Santos Francisco Jimenez De Los Galanes Marchan.

Hospital Infanta Elena, Valdemoro, España.

Objetivo: Actualización sobre el manejo del dumping tardío, a propósito de un caso.

Métodos: Revisión de la bibliografía disponible en el repositorio "PUBMED" utilizando los términos de búsqueda específicos "cirugía bariátrica" y "dumping tardío". Se utilizaron operadores booleanos para refinar la búsqueda y garantizar la inclusión de estudios pertinentes.

Resultados: Mujer de 44 años, obesidad grado III, 164cm, 127kg, IMC44, con AP de enfermedad tiroidea autoinmune normofuncionante, anemia ferropénica, déficit de ac. fólico e incidentaloma suprarrenal izquierdo <2cm no funcionante en seguimiento.

Intervenida en 2019 de bypass gástrico (BPGY) con un reservorio de 50cc, asa alimentaria de 190 cm, asa biliar de 90 cm y peso preqx de 117 kg. Inicia síndrome de dumping 2 años tras la cirugía con hipoglucemias graves (35mg/dL) con bajo nivel de conciencia y caídas, comprobadas con sensor hipoglucémico, estando en tratamiento con acarbosa a dosis máximas. La paciente presentaba un peso de 88kg (pérdida de peso del 31%).

Clínica: El dumping tardío (DT) está asociada a la hipoglucemia reactiva, resultado de un estado hiperinsulinémico, mediado por incretinas. La sintomatología más frecuente incluye la neuroglucopenia (fatiga, confusión, síncope) y la estimulación vagal y simpática (palpitaciones, sudoración...). El inicio del cuadro suele ocurrir de 3 meses a 1 años post cirugía, al reducir la resistencia a la insulina asociada a la obesidad.

Diagnóstico: Tras descartar otras entidades (adherencias, estenosis, insulinoma...) se realiza una sobrecarga oral de glucosa, diagnosticando un DT si se objetiva descenso del hematocrito >3% en los primeros 30' o hipoglucemia tras 2h, utilizando 50ml/dL como valor de corte. El test de Sigstad es una herramienta útil para evaluar síntomas asociados al DT.

Algoritmo terapéutico:

Medidas higienicodietéticas	<ul style="list-style-type: none"> -Dieta fraccionada, rica en fibra y proteína. -Posponer ingesta líquidos 30' tras ingesta de sólidos. -Eliminar carbohidratos de absorción rápida -Incrementar ingesta de fibra y verduras. -Reducir consumo alcohol. -Decubito supino 30' tras ingesta.
Espesantes	<ul style="list-style-type: none"> -Goma guar. -Pectina. -Glucomanano.
Inhibidores de alfa-glicosilasa.	-Reduce velocidad de liberación de monoglicéridos, disminuyendo hipoglucemias postprandiales.
Análogos de somatostatina.	-Reduce vaciado gástrico, peristaltismo intestinal, liberación enzimática, secreción de insulina y vasodilatación postingesta.
Revisión quirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> -Reducción del reservorio, reversión del BPGY o resección parcial pancreática, no logrando controlar sintomatología tras cirugía en algunos casos. -TORe: reducción endoscópica del reservorio y de la boca anastomótica, con objetivo de disminuir esta última a <1cm.

Conclusiones: Dado que la paciente en el momento actual continúa con clínica a pesar de haber agotado todas las medidas higienicodietéticas y tratamiento con acarbosa a dosis máximas, el siguiente escalón terapéutico sería la introducción de análogos de somatostatina. En caso de persistencia de síntomas, se podría optar por una revisión quirúrgica o endoscópica en caso de reticencia a cirugía por parte de la paciente, con objetivo de mejorar sintomatología.

P-18

CIRUGÍA DE REVISIÓN POR DESNUTRICIÓN SEVERA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Alba Maria Sánchez Díaz, Javier Moreno Ruiz, Jose Luis Fernández Aguilar, Custodia Montiel Casado, Alberto Rodríguez Cañete.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España.

La cirugía bariátrica revisional (CBR) , supone una mayor dificultad técnica y, generalmente, una mayor tasa de morbilidad.

Los principales motivos de CRB son tres: respuesta insatisfactoria desde el punto de vista clínico en términos de pérdida de peso (insuficiente pérdida o reganancia), de una baja tasa de resolución de las comorbilidades o de la aparición de complicaciones derivadas de la cirugía primaria.

Las complicaciones más frecuentes que justifican una cirugía revisional después de una gastrectomía vertical, son principalmente la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la estenosis o la presencia de una fístula crónica. Para el bypass gastroyeyunal (BPGY) y otras cirugías malabsortivas, destacan los déficits nutricionales e hipoglicemias, además de la estenosis de la anastomosis GY, las úlceras de boca anastomótica o las fístulas crónicas.

Exposición de dos casos clínicos intervenidos de CBR en el último año, en un Hospital de Tercer Nivel por desnutrición severa.

Varón de 47 años intervenido de bypass gastroyeyunal en 2019 por obesidad (IMC 47,2). Ingresos dos meses tras cirugía primaria por cuadro de oclusión. Se interviene y se realiza liberación de adherencias y endoscopia intraoperatoria con perforación de asa ciega por lo que se realiza resección de la misma. Nuevo ingreso a los 6 meses tras la segunda cirugía por intolerancia alimenticia y se realiza nueva revisión quirúrgica en el que se lleva a cabo sección de las tres anastomosis y se confeccionan nuevamente, quedando asa alimentaria de 110cm y un asa común de 270cm. En el seguimiento, el paciente presenta desnutrición proteico calórica severa (IMC 18; albumina 2g/dl), por lo que se decide nueva cirugía revisional. Se objetiva dilatación de asa alimentaria hasta anastomosis con asa biliopancreática (asa disfuncionante), realizándose desmontaje de bypass previo. En el seguimiento se objetiva ganancia de 10kg de peso y buena tolerancia oral.

Mujer de 49 años intervenida de cirugía bariátrica (SADIS) en 2018, quedando un asa común con una longitud de 1,5-2m. La paciente presenta múltiples ingresos (derrame pleural y pericárcico con necesidad de drenaje) por síndrome malabsortivo. (IMC 18; albumina 2,19g/dl).

Se decide cirugía revisional y se realiza conversión a bypass gastroyeyunal. En el seguimiento se objetiva ganancia de 15kg de peso y buena tolerancia oral sin vómitos.

Tras el bypass, las tasas de desnutrición no están bien definidas. Se suelen asociar a bypass metabólicos o distales, o bien por problemas de ingesta u obstructivos a la altura del reservorio y/o la anastomosis. Se trata de una complicación grave en la que a veces es necesaria cirugía de revisión o reversión.

A pesar de los buenos resultados obtenidos en los casos mencionados anteriormente, la CBR es técnicamente más compleja y asocia una mayor tasa de morbilidad y mortalidad, además de ser menos eficaz que la cirugía bariátrica primaria. Debido a esto, siempre debería realizarse en centros con un alto volumen quirúrgico y con experiencia y los pacientes deberían ser valorados por un equipo multidisciplinar (cirujanos, endocrinos, psicólogos...).

P-19

OCCLUSIÓN INTESTINAL A NIVEL DEL PIE DE ASA POR HEMORRAGIA INTRALUMINAL DEL REMANENTE GÁSTRICO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE BYPASS GASTROYEYUNAL EN Y DE ROUX

Miriam Galiana Rubio¹, Èlia Bartra Balcells¹, María Alejandra García Durán¹, Stephanie Haupt Arabia¹, Marta París Sans¹, Anna Trinidad Borràs¹, Esther Raga Carceller¹, Margarida Vives Espelta¹, Fàtima Sabench Pereferrer², Daniel Del Castillo Déjardin¹.

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

Introducción: Las cirugías revisionales en cirugía bariátrica representan actualmente un reto, tanto por las diferentes técnicas de cirugía bariátrica primaria como por las posibles complicaciones que se han descrito con distinto grado de repercusión para el paciente y la complejidad del proceso diagnóstico.

Las hemorragias gastrointestinales tras ByPass gastroyeyunal tienen una incidencia entre 0,4-4,4%. Puede suceder tanto en el postoperatorio inmediato (< 30 días postoperatorios) o en el postoperatorio tardío (> 30 días). Generalmente se origina en la anastomosis gastroyeyunal pero también puede originarse en la anastomosis entero-entérica o en el tramo excluido, incluyendo el remanente gástrico y el asa biliopancreática.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 48 años con antecedente de gastrectomía vertical hace seis años, que fue intervenido en septiembre de 2023 de conversión a Bypass gastroyeyunal por importante reflujo gastroesofágico e intolerancia a sólidos, sin presentar incidencias intraoperatorias. A las 24h inicia clínica de dolor abdominal intenso asociado a vómitos, manteniéndose estable hemodinámicamente. Se solicita TC abdominal urgente, con hallazgos de oclusión a nivel de la anastomosis entero-entérica y dilatación del asa ciega secundaria a un conglomerado de coágulos con origen del sangrado en el remanente gástrico. Se indica cirugía urgente dada la intensidad de la clínica y la imagen de oclusión en el TC abdominal. Se realizó una laparoscopia exploradora confirmando la ocupación por coágulos a nivel de la anastomosis y una dilatación retrógrada hasta el remanente gástrico. Se convierte a minilaparotomía media por imposibilidad de movilización de las asas debido a la distensión severa de las mismas. Se practica lisis manual de coágulos y refuerzo con sutura continua de la anastomosis. Durante el postoperatorio la evolución fue correcta, iniciando dieta líquida con buena tolerancia y con mejoría clínica y analítica. Fue dado de alta a domicilio a los doce días postoperatorios.

Conclusiones: El sangrado del remanente gástrico tras un Bypass gastroyeyunal en Y de Roux es una complicación poco frecuente en cirugía bariátrica, así como la oclusión intestinal a nivel del pie de asa por coágulos. El sangrado digestivo tras ByPass suele responder al tratamiento conservador y endoscópico. Sin embargo, cuando ocurre a nivel del remanente gástrico o del asa ciega implica el inconveniente de inaccesibilidad endoscópica. La prevención juega un papel importante en cuanto al refuerzo de la línea de grapado, así como un estrecho control en el postoperatorio inmediato de estos pacientes.

P-20

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DE UN GRUPO DE PACIENTES POSTERIOR A LA REALIZACIÓN DE GASTRECTOMIA TUBULAR SEGÚN EL CUESTIONARIO BAROS.

Andrés Eduardo Valera Montiel, Manuel José Torres Jurado, Lourdes Hernández Cosido, Omar Abdel-Lah Fernandez, Isidro Jimenez Vaquero, Ricardo Vazquez Perfecto, Anton Sánchez Lobo, Susana María Martín Dominguez, Juan Manuel Nieto Arranz, Felipe Parreño Manchado.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Introducción: La obesidad es en la actualidad un importante problema de salud pública, relacionado con una elevada morbimortalidad. En la actualidad, la cirugía bariátrica se considera el gold-standard en el tratamiento a largo plazo para pacientes con obesidad mórbida. Hoy en día, disponemos de herramientas con las cuales podemos medir la calidad de vida relacionada con la salud. Uno de estos, es el cuestionario B.A.R.O.S. (*Bariatric Analysis and Reporting Outcome System*), validado y considerado el mejor sistema de evaluación integral de la cirugía bariátrica.

Objetivos: Evaluación en la mejoría en la calidad de vida en una muestra de pacientes obesos sometidos a una Gastrectomía Tubular Laparoscópica, a través del cuestionario BAROS (*Bariatric Analysis and Reporting Outcome System*) en el primer año de seguimiento. Cuantificar el porcentaje de sobrepeso perdido y analizar la mejoría de las comorbilidades al año de la intervención.

Material y métodos: Estudio comparativo y transversal de una cohorte de pacientes adultos con obesidad e índice de masa corporal (IMC) mayor de 35 kg/m², intervenidos de Gastrectomía Tubular Laparoscópica (GTL) en la Unidad de Cirugía Bariátrica del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Se realizó llamada telefónica a los pacientes, aquellos pacientes que estuvieron de acuerdo con la investigación y autorizaron fueron evaluados aplicándoles el Sistema de evaluación y análisis de resultados de la cirugía de la obesidad (BAROS) realizando la valoración 12 meses después de la cirugía. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS.

Resultados: De los 24 pacientes, 17 eran mujeres (70,8%) y 7 hombres (29,2%) y, el 100% de ellos fue intervenido mediante una gastrectomía tubular laparoscópica. El IMC medio antes de la intervención quirúrgica fue de 45,57 kg/m² (DE=6,67). El peso medio fue de 121,4 kg (DE=20,35). El %SPS medio fue de 60,3 (DE=26,18). La puntuación total obtenida en el cuestionario fue excelente en más de la mitad de los pacientes (62,5%).

Conclusiones: Se ha demostrado que la cirugía bariátrica es un tratamiento eficaz para la obesidad respecto al peso y a la mejoría de las comorbilidades. La gastrectomía tubular laparoscópica supone, en nuestra serie, una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con obesidad.

P-21

Evolución de pérdida de peso y comorbilidades tras 15 años de cirugía bariátrica en nuestro centro

Mikel Rojo Abecia, María Marqueta De Salas, Antonio García Domínguez, Ana Álvarez Cuiñas, María Dolores Cancelas Felgueras, Ricardo Jesús Castro Lara, Asier Mañaricua Arnaiz, Miriam Pérez Pelayo, Raquel Blanco Corral, Javier Martín Ramiro.

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España.

Objetivos: La cirugía bariátrica tiene como objetivos la pérdida de peso y la mejoría o resolución de las comorbilidades relacionadas con la obesidad. El presente trabajo tiene como meta analizar si estos objetivos se cumplen a largo plazo en los pacientes operados en nuestro centro hace 15 años.

Material y métodos: Se ha empleado la base de datos de cirugía bariátrica y se han extraído las variables preoperatorias y el tipo de cirugía de los pacientes operados durante los años 2007 y 2008. Posteriormente a través de la historia clínica y mediante contacto telefónico, se han recogido los datos actuales de peso, comorbilidades, síntomas relacionados con la cirugía, reintervenciones y satisfacción global.

Resultados: De los 29 pacientes operados, 2 han fallecido por patología oncológica y 5 han sido imposibles de localizar, quedando 22 pacientes para el análisis. De los 22 pacientes, 10 se sometieron a un bypass gástrico, en 9 se colocó una banda gástrica y en los 3 restantes se realizó una gastrectomía vertical. En uno de los pacientes sometido a bypass, se revirtió la cirugía por desnutrición. 3 pacientes con banda gástrica fueron reintervenidos, en uno de ellos se retiró la banda por intolerancia y en los otros 2 se hizo un bypass tras retirar la banda por regancia. En general, tras 15 años, el IMC medio ha bajado 14 puntos y el porcentaje de pacientes con diabetes, dislipemia y SAOS ha disminuido. El porcentaje de pacientes con HTA y artrosis, sin embargo, ha aumentado. Un 27% de los pacientes tiene reflujo y algún tipo de dificultad en la deglución. La mitad de los pacientes encuestados no está actualmente en seguimiento por endocrinología y la satisfacción media global con la cirugía es de 8 puntos sobre 10.

Respecto a los pacientes sometidos a bypass, si excluimos a la paciente que requirió reversión de la anatomía por desnutrición, a los 15 años el IMC medio es 15,7 puntos menor, el porcentaje medio de exceso de peso perdido es del 59,4% y la satisfacción media es de 8,9 sobre 10.

De los 9 pacientes a los que se les colocó una banda gástrica se han excluido los 3 reoperados para el análisis. A los 15 años el IMC medio es 7,7 puntos más bajo, el porcentaje medio de exceso de peso perdido es del 17,9% y la satisfacción global es de 6,8 puntos.

Analizando los 3 pacientes sometidos a gastrectomía vertical, el IMC medio es 12,7 puntos menor, el porcentaje medio de exceso de peso perdido es del 48,5% y la satisfacción media es de 9,3.

Conclusiones: El análisis a los 15 años tras cirugía bariátrica en nuestro centro presenta unos buenos resultados en cuanto a la pérdida de peso en los pacientes sometidos a bypass gástrico y gastrectomía vertical, con sólo una reoperación en 13 pacientes. Los resultados de la banda gástrica son peores, con menor pérdida de peso y mayor necesidad de reintervenciones. Globalmente la evolución de las comorbilidades relacionadas con la obesidad es buena en nuestros pacientes.

P-22

URGENCIAS BARIÁTRICAS UN PROBLEMA DE TODOS LOS CIRUJANOS

Maria Hernandez O'reilly, Esther Ferrero Celemin, Fatima Sanchez-Cabezudo Noguera, Daniel Sanchez Lopez, Jose María Gil Lopez, Carmen Rodriguez Haro, Inmaculada Mellado Sanchez, Juan Gajda Escudero, Carolina Peck García, Antonio Luis Picardo Nieto.

Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes, España.

Objetivos: Según la OMS en el año 2016, el 39% de los adultos de 18 o más años tenían sobrepeso. La cirugía actualmente ofrece los mejores resultados en el tratamiento de la obesidad a largo plazo. Pero no son desdeñables las complicaciones derivadas de este tipo de cirugía y es un problema al que se enfrentan tanto cirujanos bariátricos como cirujanos generales en su trabajo diario. El objetivo de este estudio es describir las urgencias quirúrgicas bariátricas en nuestro hospital y la experiencia en cirugía bariátrica del cirujano

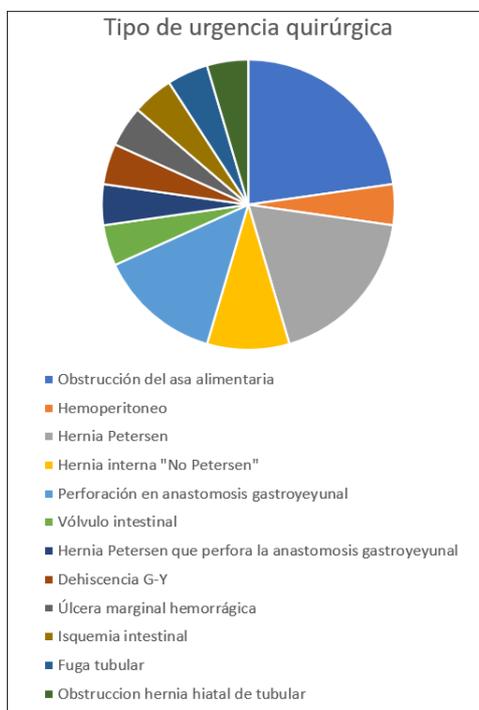
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, entre Enero de 2019 y Diciembre de 2023, se incluyeron todos los pacientes operados en el Hospital Infanta Sofia por complicaciones derivadas de cirugía bariátrica. Se recogen las variables sexo, edad, IMC previo a la cirugía, tipo de cirugía bariátrica, tipo de cirugía de Urgencia, tiempo transcurrido entre las cirugías, tipo de complicación y experiencia en cirugía bariátrica del cirujano principal.

Resultados:

Sexo	Edad	IMC previo a cirugía	Cirugía bariátrica	Cirugía de complicación	Tiempo desde cirugía de obesidad hasta complicación	Cirujano especializado en bariátrica
Varón	44	44	Bypass gástrico	Obstrucción del asa alimentaria "kinking"	1 mes	Sí
Varón	68	41	Bypass gástrico	Hemoperitoneo por epigástrica izquierda	1 día	No
Varón	49	-	Bypass gástrico	Perforación en anastomosis gastroyeyunal	18 años	Sí
Mujer	47	45.1	Bypass gástrico	Hernia de Petersen	3 años	No
Mujer	38	-	Bypass gástrico	Hernia mesentérica	11 años	Sí
Mujer	63	31,4	Redo Bypass gástrico	Perforación en anastomosis G-y	2 días	Sí
Mujer	28	-	Bypass gástrico	Hernia mesentérica	10 años	Sí
Varón	43	-	Bypass gástrico	Torsión mesentérica por vólvulo intestinal	8 años	No
Varón	37	42,3	Redo Bypass gástrico	Hernia Petersen	1 año	Sí
Varón	43	43.8	Bypass gástrico	Hernia Petersen	1 año	No
Mujer	42	33,2	Bypass gástrico	Hernia de Petersen: Perforación en anastomosis G-Y	1 año y medio	No
Mujer	29	33,9	Bypass gástrico	Obstrucción secundaria a brida por v-lock	1 mes	Sí
Mujer	35	45.7	Bypass gástrico	Hernia de Petersen	5 años	No
Mujer	28	-	Gastrectomía Vertical	Obstrucción por hernia hiatal del tubular gástrico	4 días	Sí
Varón	61	49,6	Bypass gástrico	Dehiscencia G-Y	2 meses	Sí
Varón	57	-	Bypass gástrico	Úlcera marginal hemorrágica	4 meses	Sí

Varón	45	45,7	Bypass gástrico	Isquemia intestinal	2 días	Sí
Mujer	43	-	Gastrectomía Vertical	Peritonitis por fuga del tubular	1 mes	Sí
Mujer	34	-	Bypass gástrico	Perforación G-Y	9 años	No
Mujer	56	39,8	Bypass gástrico	Obstrucción del asa alimentaria "kinking"	4 días	Sí
Mujer	48	45	Bypass gástrico	Obstrucción en pie de asa	1 año	No
Varón	66	-	Mini-bypass	Obstrucción G-Y	10 años	Sí

Conclusiones: A pesar de los avances quirúrgicos en cirugía bariátrica en los últimos años, sus urgencias no son desdeñables. En nuestro centro un 36% de las cirugías urgentes bariátricas fueron realizadas por cirujanos no especializados en cirugía bariátrica, por lo que es fundamental que todos los cirujanos generales estemos formados para poder afrontar estas cirugías.



P-23

FISTULA GASTRO-GÁSTRICA TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO. UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE.

Mahur Esmaili Ramos, Elena Ortega, Maria Del Carmen Carballo, Leticia Martin, Maria Inmaculada Mesa, Maria Ortiz, Maria Amador, Carlos Bustamante, Tomas Balsa.

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, España.

Objetivo: mostrar el caso y la resolución una de una fístula gastro-gástrica tras bypass gástrico laparoscópico.

Material y métodos: La cirugía bariátrica así como la cirugía de revisión ha aumentado exponencialmente en los últimos años. La fístula gastro-gástrica es una complicación rara (0,5% aproximadamente), que suele aparecer de forma tardía y que consiste en una comunicación entre el reservorio gástrico y el estómago remanente. La clínica suele ser inespecífica, con síntomas como reflujo gastroesofágico (RGE); en algunos casos puede presentarse como una pérdida insuficiente de peso e incluso con episodios de hemorragia digestiva.

Presentamos el caso de una mujer de 56 años con HTA, hipotiroidismo, fibromialgia, SAOS en tratamiento con CPAP y alergia a las penicilinas, intervenida por obesidad mórbida en 2021 realizándose un bypass gástrico laparoscópico simplificado con buen resultado en cuanto a la pérdida ponderal.

Durante las revisiones, refiere clínica de RGE bilioso que se ha acentuado con el tiempo. Se realiza una endoscopia digestiva alta y una TAC con contraste oral donde se evidencia la presencia de fístula gastro-gástrica sin otras alteraciones.

Ante estos se indica cirugía de revisión.

Mediante abordaje laparoscópico se encuentran importantes adherencias entre el hígado y el reservorio gástrico. Se identifica fístula gastro-gástrica en la cara posterior del remanente gástrico. Se realiza resección de fístula mediante endograpadora y se comprueba la ausencia de fugas con azul de metileno.

Resultados: El postoperatorio transcurre sin complicaciones siendo dada de alta al 6º día postoperatorio. En el seguimiento en consultas la paciente ha evolucionado de forma satisfactoria, con resolución de la clínica y encontrándose asintomática en el momento actual.

Conclusiones: El cirujano bariátrico debe adquirir experiencia en el conocimiento y manejo de las complicaciones que pueden aparecer tras la cirugía bariátrica. Entre estas complicaciones, la fístula gastro-gástrica, que es poco frecuente, conlleva en ocasiones la resolución de la misma mediante cirugía de revisión, precisando la resección del trayecto fistuloso.

P-24

COMPARACIÓN EN LA PÉRDIDA DE PESO A CORTO PLAZO TRAS DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA Y GASTRECTOMÍA VERTICAL

Alejandro David Bueno Cañones, Jose Luis Maestro De Castro, Sandra Veleda Belanche, Andrea Carlota Lizarralde Capelastegui, Francisco Javier Tejero Pintor, Martín Bailón Cuadrado, Enrique Asensio Diaz, Pilar Pinto Fuentes, David Pacheco Sánchez.

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España.

Introducción: La obesidad representa en la actualidad una enfermedad con un aumento de prevalencia a nivel mundial. Uno de los objetivos principales que se persigue con la cirugía bariátrica es la pérdida del exceso de peso. Esto puede realizarse mediante diferentes técnicas, como la derivación biliopancreática y la gastrectomía vertical. El porcentaje de exceso de peso perdido y de exceso de índice de masa corporal perdido son algunos de los objetivos tras cirugía bariátrica.

Objetivos: Comparar la derivación biliopancreática (DBP) y la gastrectomía vertical (GV), analizando la pérdida de peso y de IMC al año de la intervención.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo, comparando los resultados objetivos en términos de porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) y porcentaje de exceso de índice de masa corporal perdido (%EIMCP) durante el primer año posoperatorio. Los datos fueron recogidos en un periodo comprendido entre 2015 y 2020

Resultados: Ciento sesenta y un pacientes fueron analizados. La DBP se realizó en cincuenta y dos pacientes, y ciento nueve pacientes fueron intervenidos mediante GV. Los pacientes del grupo de DBP obtuvieron al año de la intervención un menor %EPP (63.20% vs 70.27%, $p=0.035$) y menor %EIMCP (62.78% vs 69.69%, $p=0.046$), comparado con el grupo de GV. No existían diferencias en cuanto al peso e IMC inicial entre ambos grupos.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes la GV obtiene mejores resultados que la DBP en términos de pérdida de peso y pérdida de IMC a corto plazo.

VARIABLES RELEVANTES – DBP vs GV			
Peso inicial	DBP	121.22 Kg	p = 0.201
	GV	126.22 Kg	
IMC inicial	DBP	45.40 Kg/m ²	p = 0.255
	GV	46.65 Kg/m ²	
Peso a 12 meses	DBP	86.90 Kg	p = 0.743
	GV	85.92 Kg	
IMC a 12 meses	DBP	32.70 Kg/m ²	p = 0.293
	GV	31.76 Kg/m ²	
%EPP	DBP	63.20%	p = 0.035
	GV	70.27%	
%EIMCP	DBP	62.78%	p = 0.046
	GV	69.69%	

P-26

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTE CON MALABSORCIÓN IDIOPÁTICA DE ÁCIDOS BILIARES: DESCRIPCIÓN DEL PRIMER CASO

Carlos Alfredo Coello Hollebecq, Javier Martínez Caballero, Nuria Lara Martín, Audrey Jiménez Torres, Mercedes Bernaldo De Quirós Fernández, Pilar Gómez Rodríguez, Eduardo Ferrero Herrero, Elias Rodríguez Cuellar.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: La malabsorción idiopática de ácidos biliares (MABI) es una alteración infradiagnosticada en la práctica clínica. Es causa de diarrea crónica en un íleon morfológicamente normal, ya que permite que altas concentraciones de ácidos biliares lleguen al colon, lo que modifica el desplazamiento de agua y electrolitos; ocasionando diarrea crónica. Por otra parte, la cirugía bariátrica se asocia a múltiples efectos secundarios como la diarrea crónica la cual puede deberse a distintos mecanismos fisiopatológicos que dependen en parte al tipo de cirugía realizada. No se han encontrado casos previamente descritos en la literatura de MABI en un paciente candidato a cirugía bariátrica.

Objetivos: Describir el primer caso de malabsorción idiopática de ácidos biliares en una paciente candidata a cirugía bariátrica y planificar la técnica quirúrgica más adecuada.

Material y métodos: Mujer de 47 años con antecedente de hipercolesterolemia, síndrome de ovario poliquístico y colecistectomía. Refiere obesidad desde la infancia, ha realizado dietas con reganancia de peso progresiva y actualmente presenta un IMC de 53,1 Kg/m². Presenta deposiciones líquidas amarillentas postprandiales, compatibles con esteatorrea, de 3 meses de evolución. Ante el cuadro clínico de diarrea crónica se solicita colonoscopia que demuestra pólipo adenomatoso en ciego y transversal ambos con estudio histopatológico compatible con adenoma tubular con displasia epitelial de bajo grado y gammagrafía con ácido taurosecólico marcado con un isótopo de Tecnecio (⁷⁵SeHCAT) donde se demuestra un índice de retención abdominal del 1.01% a los 7 días compatible con malabsorción severa de ácidos biliares. Como parte del estudio preoperatorio se realiza gastroscopia que demuestra hernia de hiato por deslizamiento y esofagitis grado A de Los Ángeles; manometría esofágica de alta resolución con motilidad normal del cuerpo esofágico (100% ondas contráctiles e ICD de 6261.3 mmHg/seg/cm), morfología de la UGE de tipo I con tono de reposo ligeramente aumentado (35.2 mmHg) y comportamiento dinámico alterado en supino (IRP de 15.2 mmHg), en la pH-metría esofágica se observa una TEA de 7,4% y un índice de DeMeester: 22 compatible con ERGE. Se discute el caso en comité de obesidad dado que existe el riesgo de empeoramiento de malabsorción con algunas técnicas mixtas o malabsortivas; mientras que podría aumentar o empeorar la ERGE con técnicas restrictivas.

Resultados: Se realiza gastrectomía vertical laparoscópica con sonda de 36Fr, sin incidencias. Al mes de seguimiento presenta adecuada pérdida de exceso de peso (%TWL: 8,3% y %EWL: 14,4%), no refiere síntomas de ERGE (tratamiento con omeprazol 20mg; 1 vez/día) y una deposición diaria de características normales, sin necesidad de resincolestiramina.

Conclusiones: La gastrectomía vertical puede ser una técnica segura y eficaz en pacientes con obesidad y malabsorción idiopática de ácidos biliares. Este caso destaca la importancia de un enfoque individualizado y multidisciplinar en pacientes con obesidad y comorbilidades, para lograr resultados exitosos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

P-27

TURISMO SANITARIO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: CUANDO NO SE APRENDE DE LOS ERRORES

María Arteaga Ledesma, Mohamed Hassin Mohamed Chairi, Mónica Mogollón González, Jennifer Triguero Cabrera, Cristina Plata Illescas, María Jesús Álvarez Martín.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Objetivos: La cirugía bariátrica y metabólica (CBM) es actualmente el tratamiento más eficaz de la obesidad. Sin embargo, para lograr resultados realmente exitosos es necesario llevar a cabo un adecuado manejo y abordaje multidisciplinar del paciente.

Existen países que omiten los protocolos instaurados para la realización de la CBM, lo que deriva en un acceso más laxo con un menor coste asociado.

Material y métodos:

CASO 1

Mujer de 41 años desestimada para CBM en nuestro centro y sometida a gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) en Turquía. Acude a urgencias una semana después de la intervención con disnea y fiebre y a la exploración presentaba hipotensión y taquicardia. La tomografía computarizada (TC) evidenció dehiscencia de la línea de grapado con fuga de contraste a nivel del Hiss con una gran colección intraabdominal en contacto con la sutura.

CASO 2

Mujer de 52 años con hipertensión arterial (HTA) e IMC=58 kg/m², que se somete a GVL hace dos años en Turquía. Consulta por estancamiento en la pérdida ponderal (IMC actual 40 kg/m²), ausencia de mejoría de HTA y falta de seguimiento por parte de su equipo inicial.

CASO 3

Varón de 31 años, fumador, que consulta por dolor en flanco derecho y fiebre a los cinco días tras GVL. La TC mostraba una colección con signos de sobreinfección en flanco derecho en íntima relación con la pared abdominal anterior (8x4x6cm) sin evidenciar fuga del contraste oral administrado.

Resultados:

CASO 1

Dada la inestabilidad hemodinámica de la paciente, se intervino de forma urgente. Se evidenció un defecto (2,5cm) en el ángulo de Hiss por lo que se realizó drenaje de la colección y se colocaron drenajes próximos al defecto, así como una sonda de alimentación enteral.

Para lograr el cierre del defecto se utilizó la terapia de vacío endoluminal con Endo-Sponge®, con recambios sucesivos del mismo.

CASO 2

Tras ser valorada por el equipo multidisciplinar de nuestro centro, se logró una adecuada adherencia a las pautas nutricionales, la incorporación de ejercicio físico, así como la remisión parcial de la HTA asociada y un mejor control del peso (IMC 36kg/m² a los 30 meses tras intervención).

CASO 3

Dada la estabilidad del paciente, se decidió realizar un manejo conservador. Se administró antibioterapia junto con el drenaje percutáneo de la colección. El paciente fue dado de alta al 4º día.

Conclusiones: La creciente prevalencia de la obesidad ha popularizado la CBM, creando también limitaciones en los sistemas públicos de salud y una dependencia del sector privado como medio para abordarla.

El turismo bariátrico se ha convertido en una atractiva alternativa terapéutica. Sin embargo, la ausencia de un adecuado estudio preoperatorio, la laxitud de indicaciones, el insuficiente seguimiento postoperatorio y el déficit de comunicación que lo caracterizan, conlleva un aumento en la tasa de complicaciones y costes asociados.

Por ello, consideramos necesario promover el cumplimiento de protocolos de CBM establecidos, que permita llevar a cabo, independientemente del centro hospitalario donde se efectúe, un adecuado manejo del paciente, así como una CBM segura que propicie resultados prometedores.

P-28

39 AÑOS DE EXPERIENCIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA (1984-2023) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR DE BARCELONA

Laura Alsina Estallo, Mònica Arqués Castro, José Antonio Valle Suárez, M^a Ángeles Blasco Blanco, Diego Bernabé D'aloia Manzi, Alejandro Murillo Escoto, Javier Foncillas Corvinos.

Hospital Sagrat Cor, Barcelona, España.

Objetivos: Revisar datos recogidos de pacientes con obesidad mórbida (OM) intervenidos de cirugía bariátrica (CB) clasificados por técnica durante el período 1984-2023 en la Unidad de Cirugía Metabólica y de la Obesidad Mórbida (UCMOM) del Hospital Sagrat Cor de Barcelona.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo realizado en el hospital universitario Sagrat Cor de Barcelona, durante un periodo de 39 años en los pacientes con OM intervenidos de CB.

En la UCMOM, desde enero del 1984 hasta diciembre de 2023 se han realizado un total de 3.068 intervenciones de CB. De éstos, se han registrado las variables: sexo, edad, peso, índice de masa corporal (BMI) inicial, técnica quirúrgica, estancia hospitalaria y recogido los datos retrospectivos de porcentaje de pérdida de peso (%PP) en los controles post-operatorios (los meses: 1^o, 3^o, 6^o, 9^o, 12^o y 18^o).

Resultados: Las técnicas quirúrgicas fueron: 1728(56,32%) gastrectomía tubular (GT), 820(26,73%) bypass gástrico (BP), 170(5,54%) cirugía de reconversión (RCV), 169(5,51%) banda gástrica, 164(5,35%) Gastrectomía vertical anillada (GVA) y 17(0,55%) otras técnicas. Se ha revisado la historia clínica y evolución en consulta de 2543 pacientes: 1834 mujeres y 709 hombres. La media de edad fue de 45,80 (DE= 11,63) años, de peso 117,89 (DE= 20,52) kg, de BMI 43,68 (DE= 6,71) kg/m². La media de estancia hospitalaria fue de 3,22 (DE= 1,21) días. El %PP al 1^o mes fue de 25,92 (DE= 9,18), al 3^o mes de 44,9 (DE= 11,28), al 6^o mes de 60,6 (DE= 14,66), al 9^o mes de 68,18 (DE= 16,11) al 12^o mes de 70,26 (DE= 17,48) y al 18^o mes de 62,94 (DE= 19,72).

Conclusiones: - En 39 años de experiencia en cirugía bariátrica, la técnica quirúrgica más utilizada es la gastrectomía tubular (56,32%).

- En nuestro hospital intervenimos a más mujeres que hombres.
- En los últimos años han aumentado el número de cirugías de reconversión y bypasses.
- El mayor porcentaje de pérdida de peso es del 70,26% y se da al 12^o mes post cirugía.

P-29

LA GASTRECTOMÍA VERTICAL COMO TÉCNICA DE ELECCIÓN EN EL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO DE LA OBESIDAD MORBIDA. ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO

Ibabe Villalabeitia Ateca, Aingeru Sarriugarte Lasarte, Patricia Araceli Mifsut Porcel, Iratxe Rodeño Esteban, Oihane Gutierrez Grijalba, Patricia Sendino Cañizares, Tamara Moreno Allende, Gaizka Errazti Olartekoetxea.

Hospital de Cruces, Barakaldo, España.

Introducción: La obesidad es un grave problema de salud mundial, cuya incidencia está en aumento, habiendo triplicado su incidencia desde 1975. La cirugía bariátrica se considera el tratamiento más efectivo, siendo la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) la técnica más empleada según el último registro de la IFSO. No obstante, los resultados a largo plazo están influenciados por varios factores, muchos de ellos desconocidos. Por ellos, es importante identificar de manera preoperatoria los posibles factores predictivos de un buen resultado a largo plazo; de esta manera para poder realizar una adecuada selección prequirúrgica de pacientes. El objetivo del estudio fue evaluar los resultados ponderales y metabólicos a 5 años en función del sexo, la edad y el IMC inicial del paciente.

Material y métodos: se trata de un estudio retrospectivo de una serie prospectiva y unicéntrica de pacientes sometidos a GVL entre 2011 y 2020. Las variables resultado fueron el IMC, %exceso de IMC perdido [%EIMCP], diabetes mellitus [DM], hipertensión arterial [HTA], dislipemia [DLP], síndrome metabólico [SM] y síndrome de apnea obstructiva del sueño [SAOS], que fueron evaluadas en función del sexo, la edad y el IMC inicial del paciente.

Resultados: se analizaron 327 pacientes con una tasa de seguimiento del 98%, 93% y 83% a 1,3 y 5 años. El %EIMCP fue de 75%, 69% y 63% respectivamente.

No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, la edad o el IMC inicial, siendo los resultados mejores y mantenidos en el tiempo en pacientes menores de 55 años e IMC entre 40-50kg/m². %EIMCP en < 40 años 72,3 vs 61,3% 4 entre 40-55 años vs 54,9% en >55.

En lo que respecta a las comorbilidades, se logró una resolución completa de la DM, HTA, DLP, SAOS Y SM en el 65,5%, 42,1%, 18%, 87,8% y 70,28% de los casos respectivamente. Además, el control farmacológico del síndrome metabólico mejoró significativamente, siendo menor el número de fármacos necesarios para su manejo.

Conclusión: en el presente estudio realizado podemos concluir que la GVL es una técnica bariátrica con poca morbilidad y una adecuada efectiva a 5 años; logrando un buen resultado ponderal con %EIMP a 5 años del 63% y la resolución de las comorbilidades asociadas. No obstante, se requiere de mayor número de estudios prospectivos a largo plazo.

P-32

GRAVE COMPLICACIÓN SECUNDARIA AL USO DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO: PERFORACIÓN GÁSTRICA

Álvaro Martínez Espí¹, Andrés Balaguer Román¹, Beatriz Gómez Pérez², Pedro José Gil Vázquez³, Alfonso Aliaga Rodríguez¹, Ignacio Sanchez Esquer¹, Valentin Cayuela Fuentes¹, Alvaro Cerezuela Fernández De Palencia¹, Ana Delegido García⁴, M^a Dolores Frutos Bernal¹.

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España; ²Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, España; ³Hospital de Torrevieja, Torrevieja, España; ⁴Hospital Dr. Rafael Méndez, Lorca, España.

Introducción: La obesidad mórbida es una enfermedad de incidencia creciente a nivel mundial. Entre las opciones terapéuticas no quirúrgicas destaca el balón gástrico como paso previo al tratamiento definitivo. Las complicaciones más frecuentes de esta técnica suelen ser menores: náuseas, vómitos o reflujo gastroesofágico, mientras que aquellas graves como perforación gástrica, obstrucción intestinal o impactación son infrecuentes.

El objetivo de este trabajo es presentar una de las complicaciones más inusuales de este tipo de dispositivos.

Caso clínico: Mujer de 48 años que consulta de madrugada en Urgencias por dolor abdominal intenso de 4 horas de evolución. Como antecedentes personales destacaba la colocación de un balón intragástrico dos meses atrás.

A la exploración presentaba dolor abdominal epigástrico sin irritación. En la analítica destacaba una PCR de 0.46 y 13.900 Leucocitos. Se realizó una radiografía de tórax apreciándose el balón sin otros hallazgos radiológicos. Ante la clínica se realizó TAC urgente, evidenciándose el balón normoposicionado y una burbuja aérea en el espesor completo de la pared anterior del cuerpo gástrico, sugestiva de úlcera péptica, sin signos de perforación (líquido libre o neumoperitoneo).

La paciente ingresó con tratamiento médico para control de los síntomas y realizar gastroscopia la mañana siguiente, sin embargo, a las 3h sufrió un cuadro sincopal. Se realizó nueva radiografía de tórax objetivando neumoperitoneo de nueva aparición. Se intervino hallando una peritonitis química en HCI junto a dilatación gástrica por la presencia del balón y una perforación de 1.5 cm en cara anterior de cuerpo gástrico. Se realizó la exéresis del balón, colocación de SNG, sutura gástrica con puntos sueltos de PDS 3/0 y lavado de cavidad abdominal.

La paciente fue alta el 4º día postoperatorio con buena evolución. Actualmente se encuentra asintomática y en la gastroscopia con toma de biopsia, informó de mucosa gástrica con incremento de la inflamación crónica de lámina propia, sin actividad aguda ni evidencia de helicobacter pylori.

Discusión: El uso temporal del balón intragástrico en la obesidad mórbida está aumentando en todo el mundo, presentándose como una técnica segura y eficaz. Los efectos adversos más frecuentes están relacionados con la distensión gástrica y la reducción de la capacidad gástrica, dependiendo directamente del tamaño del balón y soliendo aparecer en los primeros siete días tras su colocación.

No obstante, se han publicado varios casos de complicaciones graves, generalmente obstructivos asociados a la progresión e impactación del balón en píloro o duodeno y perforaciones gástricas en pacientes con antecedentes de úlceras. Esta última es una complicación excepcional (0.19-1.2%), sin embargo, puede alcanzar una elevada mortalidad. El riesgo de aparición de estas complicaciones aumenta con el tiempo de permanencia del balón por encima de los 6 meses y el tratamiento en estos casos requiere un abordaje quirúrgico rápido y eficaz que permita la retirada del dispositivo como el cierre del defecto ocasionado.

El dolor abdominal brusco en un paciente portador de balón intragástrico, debe hacernos sospechar que estamos ante una potencial emergencia clínica, ya que puede indicarnos la existencia de una complicación grave oculta.



P-33

DESNUTRICIÓN CALÓRICO-PROTEICA GRAVE TRAS BYPASS GASTROYEYUNAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriz Remezal Serrano, Juan Perez Legaz, Monica Rey Riveiro, Gema Giner Merino, Ana Tomás Martínez, Pilar Serrano Paz.

Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, España.

Objetivos: Posibles complicaciones derivadas de la desnutrición calórico-proteica grave tras la realización de un bypass gastroyeyunal laparoscópico (BGY).

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 58 años con antecedente de colecistectomía, que acudió a consultas de Cirugía General para valoración de cirugía bariátrica. Presentaba una talla de 159cm, un peso 98kg y un IMC de 38,76kg/m². Tras ser valorada por un comité multidisciplinar, cumplir los criterios de inclusión y realizar pruebas complementarias descartando cualquier patología secundaria fue considerada apta para cirugía.

Resultados: La paciente fue intervenida realizándose un BGY (asa alimentaria: 150cm, asa biliopancreática: 100cm y asa común: 400cm). El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y fue dada de alta con suplementos vitamínicos y omeprazol. Se realizó un seguimiento estrecho multidisciplinar. A los dos meses tras la cirugía, la paciente comienza con intolerancia oral progresiva. Se realizó una gastroscopia en la que se apreciaba estenosis de la anastomosis gastroyeyunal que se resolvió con dilataciones endoscópicas. En el seguimiento, la paciente presentó síntomas neurológicos (parestesias, debilidad) por déficit vitamínico, que fue tratado con suplementación vitamínica. A los 8 meses de la cirugía acudió a urgencias por debilidad y parestesias generalizadas, así como diplopía binocular e hiporexia. Las pruebas complementarias mostraron un marcado déficit de vitamina B1 y B6, junto con cambios corticales en la RM cerebral que impresionaban de Enfermedad de Wernicke. Tras el tratamiento médico, la paciente presentó franca mejoría y fue dada de alta. En los controles posteriores, la paciente refería saciedad precoz, vómitos, deposiciones diarreicas y pérdida de peso (IMC 15,7kg/m²). Se realizaron pruebas complementarias que no objetivaron causa mecánica ni etiología malabsortiva, tras las cuales se decidió realizar una laparoscopia exploradora. Se comprobó la ausencia de alteraciones en la técnica realizada, con una longitud del asa común de 400cm, a la vez que se realizó una gastrostomía de alimentación. A los tres días tras la intervención, la paciente comenzó con dolor abdominal y en el TC de urgencias se objetivó neumoperitoneo. Se reintervino quirúrgicamente objetivándose fuga perigastrostomía y decidiendo el cierre de la misma. Tras la intervención la paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta. A los 6 meses de la intervención, mejoró clínicamente, sus parámetros nutricionales se normalizaron y mantuvo los niveles vitamínicos con suplementación.

Conclusiones: El BGY es considerada la técnica gold standard en cirugía bariátrica por su larga experiencia así como sus excelentes resultados a largo plazo en la resolución de la obesidad y sus comorbilidades. Sin embargo, no está exenta de complicaciones, las cuales suelen ser de etiología multifactorial. La fuga anastomótica y el tromboembolismo pulmonar son las causas más frecuentes de mortalidad en el postoperatorio inmediato. En cambio, en el seguimiento, el objetivo principal es prevenir y diagnosticar complicaciones, como el dumping severo, la caquexia y la desnutrición calórico-proteica.

Se debe prestar especial atención al estudio de dichas complicaciones y su etiología desde un abordaje multidisciplinar, para así evitar medidas terapéuticas e intervenciones innecesarias.

P-34

REVERSIÓN DE BYPASS GÁSTRICO EN Y ROUX POR HIPOGLICEMIA SEVERA

Kalil Hamdan, Carlos Ballesta Lopez, Jose Luis Plata Patiño, Constanza Ballesta Ferrer, Eduardo Segovia Cornejo.

Centro Laparoscópico Dr Ballesta, Barcelona, España.

Objetivos: Describir caso clinico de reversion de bypass gastrico (R-BPG) por hipoglicemia severa en un centro de excelencia de cirugía bariátrica y metabólica.

Materiales y Metodos: Descripción de caso clinico de paciente femenino de 25 años de edad con antecedente de bypass gástrico por obesidad mórbida (38.1 IMC) realizado hace 4 años. Sus controles posteriores demostraron adecuada perdida de peso hasta lograr 23.3 de IMC. Las analíticas fueron correctas en las revisiones anuales. Desde tres meses previos a su consulta actual presentp hipoglicemias severas con neuroglicopenia y convulsiones. Estos episodios de hipoglicemia fueron repetitivos y se indico somatostatina y diazoxido para su tratamiento sin lograr resultados favorables por lo que se planteo la reversion de su bypass gastrico. Se realiza la cirugía de reversión de bypass gástrico para tratamiento definitivo de su sintomatologia. La cirugía se lleva acabo sin ningun inconveniente y la paciente es dada de alta a las 48 horas.

Resultados: Paciente en controles posoperatorio semanales y mensuales no presenta ningun sintoma de hipoglicemia y los niveles de glucosa en sangre se mantienen dentro de los parametro normales

Conclusiones: La restauración de la continuidad del tracto gastrointestinal por medio de la R-BPG es una intervención eficaz para controlar complicaciones metabólicas y nutricionales experimentadas en un reducido grupo de pacientes.

P-35

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE UNA PACIENTE CON SÍNDROME MALABSORTIVO TRAS ALARGAMIENTO DE ASA COMÚN

José María Rodríguez Lucas, Francisco Miguel González Valverde, María Encarnación Tamayo Rodríguez, María Belén Agea Jiménez, María Valero Soriano, Isabel María Jiménez Moreno, Andrea María Hurtado Vázquez, Jesús Sandoval Marín, Celia Moreno García, Sergio Rodrigo Del Valle Ruiz.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.

Mujer de 57 años con antecedente de bypass gástrico (IMC preoperatorio: 45,49 Kg/m²) realizado en otro centro hospitalario en 2004 cuyo protocolo quirúrgico informa de asa biliopancreática (ABP) de 180 cm, asa alimenticia (AA) de 240 cm y asa común (AC) de 240 cm que durante los últimos años se encuentra en seguimiento por Medicina Interna por síndrome malabsortivo precisando incluso varios ingresos hospitalarios por diversas complicaciones secundarias: desnutrición proteica, hipocalcemia e hipovitaminosis D, miopatía no inflamatoria y polineuropatía sensitivoaxonal de origen mixto (carencias nutricionales, diabetes), descompensaciones diabéticas, anasarca secundaria a desnutrición proteico-calórica, anemia crónica multifactorial con ferropenia resistente a tratamiento oral. Finalmente, el caso se presenta en el comité multidisciplinar de obesidad de nuestro hospital en diciembre de 2022. Ingresa en enero de 2023 por vómitos y diarreas persistentes, aparición de úlceras generalizadas por todo el cuerpo, infecciones odontotogénicas con exodoncia de las piezas dentarias y edemas en miembros inferiores con debilidad motora que le impide la correcta deambulación. Se le realiza un EMG con miopatía de carácter no inflamatorio, así como signos de polineuropatía sensitivo-motora axonal crónica de grado severo de posible causa metabólica-carencial. Dada la clínica tan florida de malnutrición, se decide adelantar la cirugía de revisión. (IMC: 22,55 Kg/m²)

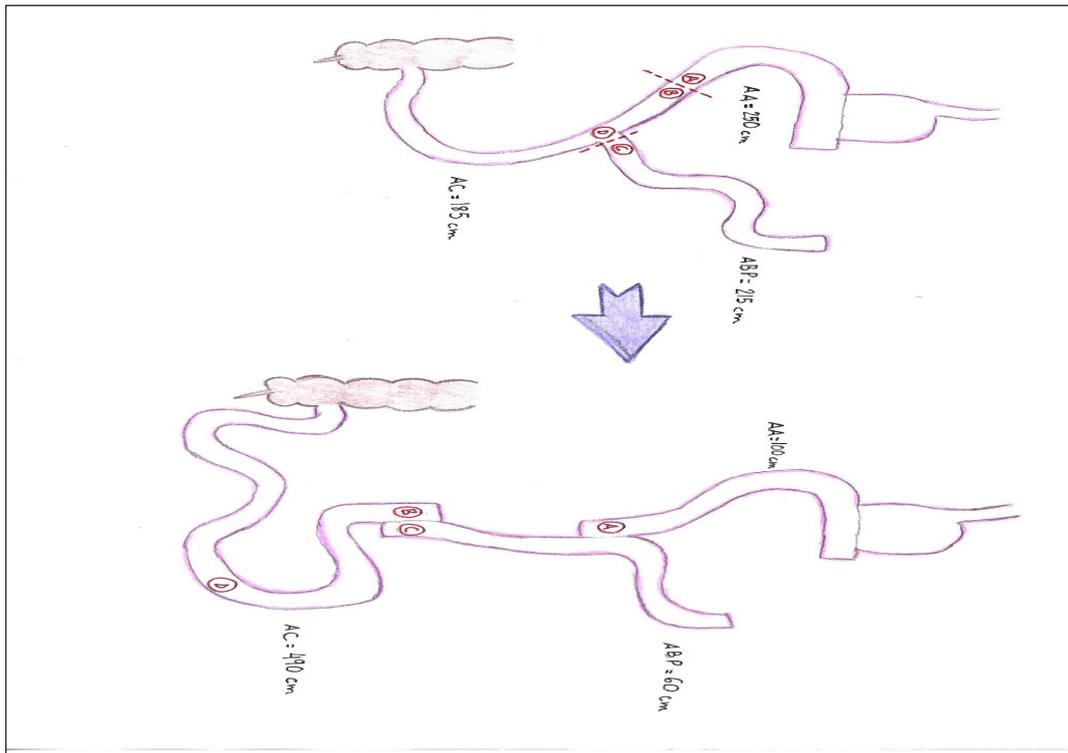
Por abordaje laparoscópico se recuentan las distancias de las asas de bypass previo (AA: 250 cm; ABP: 215 cm; AC: 185). Se decide alargamiento de asa común a expensas de antigua asa alimentaria. Se secciona el asa alimentaria antigua a 100 cm. Se anastomosa este AA en el ABP antigua a 60 cm. Se sigue el asa ABP antigua en sentido caudal y se secciona a nivel del pie de asa antiguo. Se anastomosa el cabo distal del AA antigua al cabo distal del ABP antigua. Como resultado final de esta cirugía tenemos una nueva AA de 100 cm, la nueva ABP es de 60 cm y la nueva AC es de 490 cm.

El postoperatorio cursa favorablemente y la paciente es dada de alta hospitalaria en el 5º día postoperatorio con revisiones en las Consultas Externas de la Unidad de Cirugía Bariátrica y Endocrinología.

Tras 1 mes de la intervención la paciente camina con andador (antes de la cirugía usaba silla de ruedas) y se levanta sola de la cama (antes no podía).

A los 3 meses, presenta mejoría de los parámetros nutricionales, sin déficit vitamínicos excepto hipocalcemia y ya no presenta diarreas. El control glucémico ha mejorado sin precisar casi rescates de insulina. En su última revisión hasta la fecha, a los 9 meses de la cirugía de revisión, ya no utiliza el andador y lleva una vida prácticamente autónoma (IMC: 23,73 Kg/m²).

El alargamiento del asa común ha logrado el objetivo esperado de acabar con el síndrome malabsortivo secundario al bypass gástrico sin reganancia ponderal significativa y ha mejorado significativamente la clínica y calidad de vida de la paciente.



P-36

HERNIA INTERNA TRAS BYPASS GASTRICO. ¿ES NECESARIO EL CIERRE DEL MESO Y DEL ESPACIO DE PETERSEN ?

Jose María Canga Presa¹, Jose Luis De La Cruz Vigo¹, Maria Isabel Martínez Rodríguez¹, Pilar Sanz De La Morena¹, Felipe De La Cruz Vigo².

¹HM San Francisco, León, España; ²Clínica Nuestra Señora del Rosario, Madrid, España.

Objetivos: La obstrucción intestinal postoperatoria, es una complicación del Bypass gástrico por laparotomía (1% - 3%), siendo la causa más frecuente el síndrome adherencial. En el Bypass gástrico por laparoscopia la incidencia oscila entre el 1.5% y el 11%. La etiología más frecuente es la hernia interna (H.I.) 60% seguida por síndrome adherencial y estenosis de la anastomosis yeyuno-yeyunal. Analizamos nuestra incidencia de H.I. dependiendo del ascenso retrocólico o antecólico del asa y que se haya realizado o no el cierre del espacio de Petersen.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio prospectivo. Desde junio 1999 hasta Diciembre 2020 hemos realizado 2200 Bypass gástricos con banda por laparoscopia. En los primeros 276 casos al ascenso del asa en Y de Roux se realizó retrocólico y en los 1924 restantes el ascenso fue antecólico, siendo el borde libre de sección yeyunal siempre orientado hacia el estómago residual. En todos los casos la intervención comienza por la construcción del asa en Y de Roux, la anastomosis yeyuno-yeyunal mixta lineal manual con sutura continua reabsorbible y cierre de la brecha mesentérica con sutura continua irreabsorbible, de seda 00 o sutura barbada. En la vía retrocólica cierre con puntos sueltos de seda 00 de dicha brecha. En los primeros 777 casos de vía antecólica no se suturó el espacio de Petersen, siendo cerrado en los 1147 casos restantes, bien con sutura continua o bolsa de tabaco con material irreabsorbible. Todos los pacientes tienen un seguimiento mínimo de 30 meses, que es el tiempo promedio de aparición de nuestras propias hernias internas. Se han considerado las hernias sintomáticas que han requerido reintervención.

Resultados: De los 23 casos (1.04%) de obstrucción intestinal, 19 casos corresponden a H.I. (0.86%). El tiempo promedio de presentación ha sido de 30 meses (5 días - 77 meses), siendo detectadas antes de los 24 meses el 64% de las hernias. En los 276 pacientes de ascenso retrocólico se reintervinieron 5 pacientes (1.8%), 4 por hernia transmesocólica y 1 por hernia de Petersen. En los 1924 casos de pacientes de ascenso antecólico se han reoperado 14 (0.8%) todos por hernia en el espacio de Petersen. No se ha detectado ningún caso de hernia transmesentérica en el total de 2200 Bypass gástricos. En los 777 casos de ascenso antecólico, sin cierre del Petersen, se han diagnosticado 14 H.I. (1.8%). En últimos 1147 casos de ascenso antecólico, con cierre del Petersen no se ha detectado ningún caso (0%) de H.I. ni de obstrucción intestinal.

Conclusiones: El cierre de la brecha mesentérica y el espacio de Petersen con sutura continua irreabsorbible se ha demostrado altamente eficaz en prevenir la H.I de esas localizaciones. No hay diferencias en la incidencia de H.I. entre ascenso retrocólico y antecólico sin cierre del espacio de Petersen. La hernia interna es una complicación, generalmente tardía, del Bypass Gástrico por Laparoscopia que puede prevenirse, con el cierre de todos espacios en riesgo, mediante sutura irreabsorbible.

P-37

CARACTERÍSTICAS HEMODINÁMICAS Y FUNCIONALES DE LA CIRCULACIÓN CEREBRAL EN PACIENTES CON OBESIDAD. RESULTADOS PRELIMINARES.

Tamara Díaz Vico, Alejandro García Muñoz-Najar, José Carlos Fernández Ferro, Silvia Sánchez-Infante Carriches, María Teresa Pérez Domene, Claudia Isabel Caraballo Angeli, Luis Miguel Estela Villa, Carlos Ferrigni González, Camilo José Castellón Pavón, Manuel Durán Poveda.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Introducción: La obesidad en la mediana edad se ha relacionado con quejas cognitivas y demencia vascular en la vejez, parcialmente debido a su relación con la hipertensión arterial y la enfermedad de pequeño vaso. El proyecto 'Hem&Ob' es un estudio observacional en pacientes con obesidad que tiene como objetivo investigar cambios vasculares tempranos relacionados con la enfermedad de pequeño vaso en esta población. [www.clinicaltrials.gov NCT06067113](http://www.clinicaltrials.gov/NCT06067113).

Métodos: Estudio prospectivo de un solo centro. Se incluyeron aquellos pacientes con obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) que aceptaron participar en el estudio durante la valoración preoperatoria en consulta de cirugía bariátrica, una vez determinada la decisión de someterse a intervención quirúrgica.

Se analizaron factores de riesgo y se compararon características epidemiológicas, morfológicas y de flujo cervical e intracraneal, así como índice tobillo-brazo y vasodilatación dependiente del endotelio entre los pacientes y los controles, emparejados por edad y sexo. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron dieciocho pacientes (14 obesos y 4 controles emparejados por edad y sexo). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la presencia de factores de riesgo vascular. En el grupo de pacientes con obesidad se observó una tendencia hacia un índice de pulsatilidad más alto en la arteria carótida interna (1.12 vs 0.94, $p = 0.11$) y la arteria cerebral media (0.72 vs 0.66, $p = 0.15$). Además, los pacientes con obesidad también presentaron un índice tobillo-brazo más bajo (1.09 vs. 1.15, $p = 0.42$) y una capacidad de vasodilatación dependiente del endotelio más baja.

Conclusiones: En nuestro estudio, se observan diferencias representadas mediante tendencias entre el grupo de pacientes con obesidad y el grupo control en parámetros hemodinámicos y funcionales, aunque sin conseguir la significación estadística. La presencia de índices de pulsatilidad más altos, menor capacidad de dilatación dependiente del endotelio y un índice tobillo-brazo más bajo objetivados en nuestro estudio podrían ser indicativos de disfunción endotelial y aterosclerosis subclínica. Sin embargo, se necesitan estudios prospectivos y aleatorizados adicionales, con un mayor tamaño muestral, para confirmar estos resultados.

	Obesidad	Control	P
n	14	4	
Sexo			0.8
<i>Hombre</i>	6	2	
<i>Mujer</i>	8	2	
Edad (\pm DE)	43 (\pm 8.5)	36.5 (\pm 5.7)	0.2
IMC	44.4 (\pm 5.0)	22.0 (\pm 1.0)	0.003
HTA	6	0	0.16
TAM	94.2 (\pm 11.78)	83.67 (\pm 4.63)	0.089
DM	2	0	0.59
DL	3	0	0.45
Tabaco			0.48
<i>No</i>	10	4	
<i>Fumador activo</i>	1	0	
<i>Exfumador en los últimos 5 años</i>	3	0	
Cervical_AT_GIM	0.59 (\pm 0.18)	0.5 (\pm 0.04)	0.39
Cervical_Hem_VPS	69.7 (\pm 20.4)	78.5 (\pm 9.84)	0.39
Cervical_Hem_VM	41.30 (\pm 12.84)	49.5 (\pm 6.32)	0.24
Cervical_Hem_IP	1.12 (\pm 0.34)	0.94 (\pm 0.30)	0.11
IC_ACM_VPS	88.87 (\pm 25.30)	89.82 (\pm 23.59)	0.83
IC_ACM_MFV	61.25 (\pm 17.68)	64.34 (\pm 17.36)	0.45
IC_ACM_IP	0.72 (\pm 0.11)	0.66 (\pm 0.3)	0.15
Índice Tobillo-brazo	1.09 (\pm 0.15)	1.15 (\pm 0.08)	0.42
Vasodilatación dependiente del endotelio	13.0 (\pm 10.42)	15.81 (\pm 4.48)	0.45

DE, desviación estándar; IMC, índice de masa corporal; HTA, hipertensión arterial; TAM, tensión arterial media; DM, diabetes mellitus; DL, dislipemia.

P-38

CUIDADOS CRÍTICOS POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA. HACIA EL “BEST-TRACK”.

Ander Bengoechea Trujillo, María De Los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Introducción: De forma sistemática en nuestro hospital, los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica son derivados a la unidad de cuidados críticos postoperatorios, lo que aumenta la estancia media hospitalaria, dificulta la vuelta a la vida cotidiana del paciente y aumenta el uso de recursos. En la actualidad se está llevando a cabo la cirugía bariátrica en nuestro servicio mediante el **protocolo ERAS**, que promueve una mejora en la recuperación funcional tras la cirugía, acortando la estancia hospitalaria. Por tanto nos planteamos innecesaria el uso de este recurso postoperatorio a la vista de la buena evolución postoperatoria.

Objetivos: Evaluar la necesidad de cuidados críticos postoperatorios de forma sistemática en aquellos pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz) en base al análisis de una serie de complicaciones definidas.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el periodo 2019-2022, mediante una revisión de los datos recogidos en las historias clínicas. Las variables estudiadas como complicación que podrían obligar la estancia en estas unidades fueron: Taquicardia, HTA de novo o aumento de TA ≥ 140 TAS y ≥ 90 TAD mmHg, hipotensión y desaturación.

Estos datos serán recogidos y, posteriormente, analizados en el programa estadístico SPSS Statistics 24.

Resultados: El resultado de dichas variables analizadas fueron que, de 165 pacientes que teníamos como muestra, 41 pacientes presentaron ≥ 1 complicación (24,85%) y 124 pacientes no presentaron ninguna complicación (75,15%). De estos 41 pacientes, las complicaciones obtenidas fueron: taquicardia (7 pacientes), HTA (11 pacientes), hipotensión (9 pacientes), desaturación O₂ (14 pacientes). Todas ellas salucionadas con métodos no invasivos.

Conclusiones: Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en nuestro estudio, en el cual, de 165 pacientes, tan solo **41** presentaron **complicaciones** que, en su gran mayoría, fueron leves (claven dindo I) resueltas durante el ingreso, podemos concluir que no es necesaria la implementación sistemática de cuidados críticos postoperatorios y podría haberse evitado esta estancia, dejando su disponibilidad para otras necesidades hospitalarias así como tener un ahorro de los costes que conlleva la utilización de estos recursos; siendo las unidades de despertar o readaptación al medio las que creemos convenientes en estos pacientes.

P-39

USO COMBINADO DE ANALGESIA LIBRE DE OPIOIDES Y BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO ABDOMINAL PARA CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Ruth Lopez-Gonzalez, Sergi Sanchez-Cordero, Meritxell Serra Valls, Mayra Montealegre, Elisenda Pujol, Sira Garcia-Aranda, Olaia Güenaga, Jordi Castellví.

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, España.

Introducción y Objetivos: El control del dolor postoperatorio es un aspecto crucial en el paciente quirúrgico, ya que ha demostrado favorecer el proceso de recuperación. Este hecho implica una reducción en el tiempo de hospitalización y posibilita plantear la opción de altas precoces o incluso cirugía en régimen ambulatorio.

Además, se ha demostrado que las técnicas anestésicas libres de opioides (Opioid-Free Anaesthesia/OFA) reducen los efectos indeseados de los mismos (náuseas, íleo paralítico, depresión respiratoria...) que podrían comprometer la agilización del alta.

La OFA debe llevar asociada, siempre que sea posible, un bloqueo nervioso de la zona anatómica a intervenir, para optimizar el control analgésico.

En el paciente de cirugía bariátrica los beneficios de la OFA son más relevantes, dado que son pacientes con mayor sensibilidad al uso de opioides debido a la propia obesidad y sus comorbilidades asociadas.

En nuestro centro, de forma protocolizada en cirugía bariátrica, se realiza OFA junto con el bloqueo del plano transverso abdominal (TAP) bilateral guiado por ecografía.

El objetivo del estudio es valorar el efecto postoperatorio del uso combinado de OFA y TAP en el paciente bariátrico.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo, descriptivo, de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica desde enero de 2022 a enero de 2024 con análisis del dolor postoperatorio mediante la escala analógica visual del dolor (EVA).

Resultados: Se incluyen un total de 161 pacientes (70'2% mujeres, 29'8% hombres) con una edad media de 50'9 años (+/- 9 DI).

El IMC máximo medio fue de 46'05 kg/m², siendo las comorbilidades más frecuentes el síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS) con un 63%, seguido de la hipertensión (HTA) y la diabetes mellitus (DM). Toda la muestra se clasificaba según la escala de riesgo de la American Society of Anesthesiologists (ASA) en ASA II o III.

Se realizó OFA de forma protocolizada en el 100% de los casos y TAP ecoguiado en el 95% (el 5% restante no se pudo llevar a cabo por dificultades técnicas o por ser cirugía abierta). El tiempo prequirúrgico medio (monitorización del paciente, inducción anestésica, intubación, bloqueo regional y colocación del paciente) fue de 40'44 minutos.

Durante su estancia en la Sala de Reanimación, en las primeras 6 horas postintervención, el 34% de los pacientes requieren rescate analgésico por EVA mayor a 3, administrándose morfina en un 27% y repitiendo el bloqueo TAP en un 6'8%.

Al ser dados de alta a planta de hospitalización, solamente un 3% de los pacientes que requirieron rescate persistieron con EVA mayor de 3, por lo que se indica administración de un nuevo rescate analgésico según protocolo de cirugía bariátrica.

La técnica quirúrgica que más rescate analgésico requirió fue la GV.

Conclusiones: El uso combinado de OFA y TAP en el paciente bariátrico es eficaz para el control del dolor postquirúrgico. Facilitando la movilización y la ingesta oral precoz en los pacientes postquirúrgicos se posibilita un alta segura a domicilio en menos de 48 horas.

P-40

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL ABORDAJE ROBOTICO DE LA CIRUGÍA BARIATRICA EN NUESTRO MEDIO.

M^a De Los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoechea Trujillo, Alberto Fierro Aguilar, Daniel Perez Gomar, Mercedes Fornell Ariza, Jose Manuel Pacheco Garci².

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Objetivo: Actualmente el abordaje mínimamente invasivo, es el patrón oro de la cirugía bariátrica ya que reduce la morbilidad y la estancia hospitalaria. Actualmente se está imponiendo el empleo del abordaje robótico en la cirugía bariátrica. En el presente trabajo analizamos impacto de la implementación del abordaje robótico mediante plataforma Davinci Xi en la cirugía bariátrica en nuestro medio.

Materia y metodo: Desde 3 Junio de 2022 a 17 de enero 2024 hemos intervenidos a 91 pacientes de cirugía bariátrica primaria y 5 cirugías conversión en nuestro medio. Desde esa fecha la unidad de cirugía bariátrica dispone de una sesión cada 15 días para realizar intervenciones mediante la plataforma Davinci XI, y en función de la disponibilidad de quirófanos, o la patología oncológica gástrica, de un quirófano adicional para cirugía bariátrica. Analizamos el nº de pacientes intervenidos por abordaje robótico y por abordaje laparoscópico, el tiempo quirúrgico y la estancia media y las complicaciones .

Resultados: Hemos intervenidos 91 pacientes de cirugía bariátrica p, de los cuales 74 han sido intervenidos por abordaje robótico (32 BPG, 37GV y 5 conversiones) y 18 por abordaje laparoscópico (6 BPG y 9 GV 3 conversiones).

Se han realizado 8 cirugías revisionales, 7 por ERGE de novo y 1 retirada de banda gástrica. 3 se han intervenido por abordaje robótico (4 conversiones a bypass y 1 retirada de banda gástrica).

Hemos intervenido 30 hombres y 61 mujeres, edad media: 47 (Mínima 20-máxima 69) e IMC medio de 33,31 (min 21- max 47).

Tiempo total de cirugía (incluyendo preparación y Doking) :

- BPG laparoscópico medio 90 min (min 60- Maximo 95)
- GV laparoscópica media 40 min (min 35min- Maximo 60)
- BPG robotico media 120min (min 100 maximo 190)
- GV robotica media 75 (min 35 max 90 min)
- Conversion GV a BPG Laparoscópico 120 min
- Conversion GV a BPG robotico 180 min

Complicaciones postoperatorias. 1 HDA en bypass gástrico laparoscópico que se autolimitó 1 hemoperitoneo tras cirugía revisional de GV a BPG robótico que precisó reintervención. No Fugas, Estancia media postoperatoria: de los procedimientos primarios fue de 48 horas (mínimo 36 horas máximo 72) y en la cirugía revisional fue de 4,7 días(mínimo 2, máximo 7).

El dolor postoperatorio es menor evaluado con escala Eva, en 1,5 puntos en los pacientes intervenidos mediante abordaje robótico.

Conclusiones: La implementación del robot davinci Xi en nuestra unidad ha tenido un impacto positivo para nuestros pacientes, porque a pesar de las curvas de aprendizaje, son similares a la laparoscopia a medida que aumenta el número de casos:

- los tiempos quirúrgicos,
- las complicaciones
- la estancia media,

Si hemos observado que el dolor postoperatorio es menor en nuestros pacientes por por abordaje robótico, aunque pensamos que habra que realizar estudios a mas largo plazo,

P-41

TRANSFORMACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA BARIATRICA EN LOS ULTIMOS 20 AÑOS EN NUESTRO MEDIO.

M^a De Los Angeles Mayo Ossorio, Ander Bengoe Chea Trujillo, Daniel Perez Gomar, Mercedes Fornell Ariza, Jose Manuel Pacheco Garcia.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Objetivo: La cirugía bariátrica es hoy la única alternativa terapéutica con buenos resultados a largo plazo de la obesidad mórbida. El desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, ha hecho que el abordaje y manejo de esta patología se haya ido transformando a lo largo de los años. El objetivo de nuestro trabajo es analizar nuestra experiencia en la transformación y evolución del abordaje y manejo de esta patología en los últimos 11 años en nuestro medio.

Material y métodos: Desde que en 2003 se inicio la cirugía bariátrica, hasta el momento enero de 2024, se han intervenido 945 pacientes en la unidad de cirugía bariátrica del HUPM de Cádiz. De ellos 356 en un periodo inicial de 2003 a diciembre de 2012 y desde Marzo de 2012 a enero de 2024 585 pacientes. Analizaremos los resultados, la evolución de las técnicas quirúrgicas, las vías de abordaje, las comorbilidades y complicaciones y los resultados en cuanto a resolución de comorbilidades y calidad de vida, mediante un estudio descriptivo retrospectivo con medidas del cambio intra-sujeto (antes-después).

Resultados: Hemos intervenido 776 mujeres y 169 hombres, Edad media de 46,43 años (rango 20-67años).IMC medio de 50,77Kg. /m² (rango 36-74Kg/m²). 725 abordajes laparoscópicos, 144 laparotómicos (periodo 2003-2005) y 76 abordajes robóticos (implementación junio 2023). 91,5 cirugías primarias (434 GV y 481 Bypass) 9,5% cirugías revisionales (30 de GV a bypass y 2 de BGA).Resultados:

PSP al años 77,42%,

%EIMCPa los 2 años 100%(min 112,795-max 147,75%

Resolución comorbilidades DM2 75% a los 2 años. HTA 71,92 a 2 años, DLP 91,38 a los 2 años.

SAHS 95% resolución al año

Mortalidad 0.42%: 3 muertes (1%) en los primeros 356 casos y 1 muerte (0.17%) en 569 casos)

Baros: >6 en el 72% de los pacientes.

Estancia media cirugía primaria4,7 (min 2-1max5)

Discusión: Desde la implementación de la cirugía bariátrica en nuestro centro, se ha ido incrementando el número de procedimientos anuales (exceptuando los años de pandemia). Los resultados en cuanto a resolución de comorbilidades, resultados antropométricos y morbimortalidad son muy buenos y cumplen los standares de calidad. Ha habido una evolución en el tipo de técnica quirúrgica y actualmente la mayoría de la cirugía bariátrica se realiza por abordaje robótico.

P-42

RESULTADOS DE LA ESCALA *OBESITY SURGERY MORTALITY RISK SCORE* (OS-MRS) EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO QUIRÚRGICO DE LA GASTECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA

Manuel José Torres Jurado Jurado, Lourdes Hernández Cosido, Laura Domínguez Bejarano, Pedro Antonio Montalbán Valverde, Felipe Carlos Parreño Manchado.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Objetivos: La obesidad es uno de los principales problemas de salud en la actualidad, su prevalencia se relaciona directamente con la presencia de comorbilidades. La cirugía bariátrica se considera el tratamiento de elección en los casos refractarios al tratamiento conservador y médico, sin embargo, no es una técnica exenta de riesgos. Actualmente, tenemos como recurso con la escala Obesity Surgery Mortality Risk Score (OS-MRS), validada para prever el riesgo de padecer complicaciones postquirúrgicas, además puede sugerir qué técnica quirúrgica resulta más favorable para cada paciente. El objetivo de nuestro estudio se centra en calcular el riesgo quirúrgico en una muestra de pacientes obesos sometidos a GTL, a través de la escala OS-MRS, así como contrastarlo con la prevalencia de los factores de riesgo y de las complicaciones que presentaron los 30 días posteriores a la cirugía.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo de una cohorte de pacientes adultos con obesidad intervenidos de GTL en la Unidad de Cirugía Bariátrica del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Se aplicó la escala OS-MRS para calcular el riesgo quirúrgico y relacionarlo con las complicaciones que presentaron después de la cirugía, clasificándolas atendiendo a su gravedad según la clasificación de Dindo-Clavein.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes que habían sido programados para ser intervenidos de Cirugía Bariátrica a los que se le aplicó la escala OS-MRS. Dentro del grupo, el 72% eran mujeres y la edad media de 50,32 años. La presencia de hipertensión arterial, edad ≥ 45 años, $IMC \geq 50$ kg/m², dislipemia y la clasificación de los pacientes según la OS-MRS se asocian a mayor probabilidad de presentar alguna complicación después de la cirugía ($p < 0,001$).

Conclusiones: La escala Obesity Surgery Mortality Risk Score (OS-MRS) nos permite estimar el riesgo prequirúrgico de cada paciente y se puede utilizar para la identificación preoperatoria de pacientes de alto riesgo. Nuestro estudio indica que las probabilidades de presentar una complicación postoperatoria aumentan dependiendo de la prevalencia de factores de riesgo obteniendo diferencias significativas entre el desarrollo de complicaciones y la presencia de HTA, Diabetes Mellitus tipo 2, la dislipemia, la edad > 45 años y el $IMC \geq 50$ kg/m².

P-43

CIRUGÍA BARIÁTRICA ROBÓTICA SIN INGRESO ASISTIDA POR TELEMONTORIZACIÓN

Cristina Albero, Albert Caballero, Anna Vidal, Jordi Tarascó, Pau Moreno, Silvia Pellitero, Eva Martínez, Jose María Balibrea.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Antecedentes: La seguridad de la cirugía bariátrica no se debe ver afectada por una hospitalización más corta, aunque aun no se ha evaluado la viabilidad de la cirugía bariátrica robótica sin ingreso (CBSI), con un circuito ambulatorio utilizando una plataforma de telemonitorización tras la intervención, la cual permite ahorrar una noche de hospitalización.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia del protocolo de CBSI aplicada en una primera serie de pacientes, utilizando una plataforma de telemonitorización tras cirugía bariátrica robótica.

Métodos: Se trata de un análisis prospectivo y unicéntrico de un grupo seleccionado de pacientes sometidos a cirugía bariátrica robótica: gastrectomía vertical (GV) bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR), ambas "Real Totally Robotic" (RTR) y utilizando la plataforma Da Vinci. Se incluyeron 16 pacientes de forma prospectiva desde mayo de 2021 hasta octubre de 2023. Se realizaron GV en catorce pacientes y BPGYR en dos pacientes. Todos los casos seleccionados cumplieron los criterios para aplicar el protocolo de CBSI.

El protocolo de CBSI incluye un seguimiento monitorizado a distancia 48 horas después de la cirugía mediante un dispositivo médico (REVITA), que mide las constantes vitales tres veces al día, además de videoconsultas y dos entrevistas clínicas en línea.

La variable principal del estudio fue la tasa de éxito (%) y las variables secundarias fueron las visitas a urgencias, los reingresos, las complicaciones precoces y la satisfacción del paciente mediante un cuestionario ad hoc.

Resultados: El protocolo de CBSI pudo aplicarse en 12 de los 16 pacientes seleccionados. Los casos excluidos se debieron a un mal control del dolor o a una saturación de oxígeno basal inferior al 96%.

Cuatro pacientes visitaron el servicio de urgencias en los primeros 30 días postoperatorios debido a un mal control del dolor, estreñimiento o dehiscencia de la herida.

A los 90 días de la cirugía no se registraron complicaciones de ningún tipo ni reingresos, y todos los pacientes alcanzaron un nivel de satisfacción muy alto en los cuestionarios.

Conclusión: La combinación de sistemas de telemonitorización tras la cirugía bariátrica y el abordaje robótico permiten la implantación de programas de seguimiento ambulatorio seguros y eficaces.

P-44

IMPLEMENTACIÓN DE LA TÉCNICA DE SADI EN DOS TIEMPOS EN PACIENTES CON IMC >50 EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Oier Aizpurua Olabe, Ana Cristina Recreo Baquedano, Miryam Malo Barriopedro, Alberto Piñera Díaz, Jose Luis Ramirez Cervera, Irati Perez Otermin, Ines Eguaras Cordoba, Carlos Chaveli Díaz, María Concepción Yarnoz Irazabal, María Del Coro Miranda Murúa.

Hospital de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: La cirugía bariátrica en pacientes con IMC > 50 presenta peores resultados quirúrgicos y de evolución ponderal. Existe controversia si estos pacientes tienen mayores porcentajes de comorbilidad o no.

Objetivo: El objetivo de nuestro trabajo es analizar los resultados de la puesta en marcha de un programa de SADI-S en dos tiempos en pacientes con BMI > 50 intervenidos en nuestra unidad.

Material y métodos: Serie consecutiva de 26 pacientes a los que se les ha realizado una intervención de SADI en dos tiempos. Los pacientes inician un programa de prehabilitación con el técnico de nutrición y enfermería especializada. Tras la prehabilitación, se realiza como primer tiempo una gastrectomía tubular. En un segundo tiempo se completa el procedimiento con una anastomosis duodeno-yeyunal a 250-300 cm de la válvula ileocecal. Hemos realizado el estudio de morbimortalidad a 90 días y la evaluación ponderal de peso. Las variables cuantitativas se han expresado en mediana y en amplitud intercuartil (AI) y las cualitativas en porcentajes.

Resultados: 26 pacientes (16 mujeres), mediana de edad de 43 años (AI 20). Comorbilidades : DM 73,1%, hiperlipidemia 50%, HTA 53,8% , SAHOS 76,9%, cardiopatía 3,8%, eventración 15,4% y Helicobacter pylori positivo 26,9%. Mortalidad de la serie 0%. La mediana de tiempo transcurrido entre los dos procedimientos has sido de 10 meses (AI 4,25).

	1º tiempo	2º tiempo
Número de pacientes	26	21
Prehabilitación (número de consultas)	5 (AI 2)	7 (AI 1)
Pérdida ponderal antes de la cirugía:		
Kg	153 Kg (AI 31,9)	109 Kg (AI 37,5)
IMC	55,5 (AI 11)	42,5 (AI 9,6)
Conversiones	0%	0%
Morbilidad	2 complicaciones menores	1 Complicación mayor*

*una reintervención por una oclusión en relación a un orificio de un trocar

21 pacientes completaron los dos tiempos, 3 están en lista de espera y 2 han demorado el segundo tiempo; uno de ellos por tratamiento de fertilidad y el otro por problemática social.

Mediana de seguimiento para los que han completado 2 tiempos: 18,5 meses (AI 15). En los no completados: 10 meses (AI 13)

Mediana de peso inicial previa a las consultas de prehabilitación: 155,3 Kg (AI 28), IMC 57 (AI 10).

Mediana de peso al cierre del estudio en los que han completado los dos tiempos: 92,5 kg (AI 32), IMC 34,47 (AI 6,51)

Mediana % Peso total perdido %PTP: 58,15 (AI 29,89)

Mediana del % exceso de IMC perdido %EIMCP: 68,42 (AI 19,96)

Conclusión: Los resultados de esta serie han sido satisfactorios en términos de morbilidad y mortalidad, no obstante es necesario un seguimiento más amplio para evaluar los resultados ponderales. La prehabilitación es efectiva para la optimización quirúrgica a pesar de conseguir una pérdida ponderal limitada.

P-45

RIESGO QUIRÚRGICO EN PACIENTES OBESOS. EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Susana María Martín Domínguez, María Lourdes Hernández Cosido, Omar Abdel-Lah Fernández, Juan Manuel Nieto Arranz, Beatriz Baron Salvador, Juan Sebastián Vargas Parra, Antón Sánchez Lobo, Pedro Antonio Montalbán Valverde, Ricardo Vázquez Perfecto, Felipe Carlos Parreño Manchado.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Introducción: La cirugía bariátrica induce una pérdida de peso duradera y obtiene resultados comprobados a largo plazo, sin embargo, conlleva los riesgos y complicaciones inherentes a cualquier cirugía. La evaluación del riesgo quirúrgico preoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica es útil de cara a decidir la técnica quirúrgica que mejor se adapta a cada paciente, con el fin de minimizar el número de complicaciones.

Objetivos: Comparar el riesgo quirúrgico preoperatorio a través de la calculadora ACS NSQIP Surgical Risk Calculator (Programa Nacional para la Mejora de la Calidad Quirúrgica del Colegio Americano de Cirujanos) en pacientes obesos mórbidos programados para intervención de cirugía bariátrica en nuestro centro, observando los resultados obtenidos en pacientes intervenidos de Bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico y de gastrectomía tubular laparoscópica.

Material y métodos: Estudio observacional de una muestra de pacientes adultos con obesidad e índice de masa corporal (IMC) mayor de 35 kg/m² programados para intervención de cirugía bariátrica. Se aplicó el cuestionario ACS NSQIP Surgical Risk Calculator para comparar el riesgo quirúrgico entre los pacientes sometidos a gastrectomía tubular laparoscópica y a bypass en Y de Roux.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes programados para intervención de cirugía bariátrica. Dentro del grupo, el 79,3% fueron mujeres y la edad media fue de 49,41 años. El by-pass gástrico resultó asociarse a un mayor número de complicaciones que la gastrectomía tubular ($p < 0.01$); destacando la infección del sitio quirúrgico, así como mayor riesgo de reingreso, reintervención y muerte.

Conclusiones: el cuestionario ACS NSQIP Surgical Risk Calculator es una herramienta útil para predecir el riesgo preoperatorio de complicaciones, proporcionando información que puede influir en la decisión de la técnica quirúrgica a realizar.

P-46

APLICACIÓN DE CHAT GPT-4 EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: SELECCIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA

Ruth Lopez-Gonzalez, Sergi Sanchez-Cordero, Andrea De Miguel, Jordi Pujol.

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, España.

Introducción y Objetivos: La Inteligencia Artificial (IA), y más concretamente la aplicación de ChatGPT-4, son herramientas que en los últimos años han creado una revolución tecnológica y cultural facilitándonos procesos complejos y ofreciendo nuevas posibilidades en campos como la educación, la atención al cliente, la creatividad y más recientemente en la medicina.

Si nos centramos en el campo de la Cirugía, se teoriza sobre su potencial aplicación prometiéndole aplicar sus capacidades avanzadas en la selección de técnicas quirúrgicas, predicción de complicaciones, identificación de pacientes de riesgo... Ofreciendo así a la cirujana un análisis objetivo basado en datos y adaptado a la necesidad concreta de cada paciente.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido evaluar la capacidad de ChatGPT-4 para la selección de técnica quirúrgica en cirugía bariátrica comparándola con el algoritmo quirúrgico de actuación en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo y comparativo entre la decisión de técnica quirúrgica de cirugía bariátrica planteada por ChatGPT-4 y la decisión aplicada según algoritmo quirúrgico del centro (Gold Estándar).

Resultados: Se han incluido un total de 161 pacientes (70'2% mujeres y 29'8 hombres) intervenidos de cirugía bariátrica de enero 2022 a enero 2024. La edad media fue de 50'9 años (+/- 9 DE).

La muestra presentaba un IMC máximo medio de 46'05 kg/m² siendo las comorbilidades más frecuentes la hipertensión arterial (HTA) y el síndrome de apnea hipoapnea del sueño (SAHS). Aplicando el algoritmo quirúrgico del centro, la cirugía más realizada fue el Bypass Gástrico laparoscópico (BG) en un 36'65% seguido por la Gastrectomía Vertical (GV) laparoscópica en un 25'47%. La duración media de las cirugías fue de 120 minutos y más del 80% pudieron ser dados de altas a las 48h o menos.

Por otro lado, según las recomendaciones de ChatGPT-4, las cirugías más propuestas fueron el BG en un 56'52% seguido por la GV en un 37'89%

Para finalizar, analizamos estadísticamente mediante la prueba V de Crámer obteniendo que no existe correlación significativa.

Conclusiones: Actualmente consideramos que la herramienta de IA ChatGPT-4 no permite realizar una adecuada selección de técnica quirúrgica si la comparamos con la decisión profesional.

Sin embargo, no debemos olvidar las limitaciones actuales de ChatGPT siendo decisiones basadas en literatura y guías clínicas publicadas hasta enero de 2022 por lo que es probable que, en un futuro, tras actualizarse y mejorar, ChatGPT pueda ofrecer mayor ayuda.

P-48

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD EN LA GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA

Manuel José Torres Jurado Jurado, Andrés Eduardo Valera Montiel, Lourdes Hernández Cosido, Susana María Martín Domínguez, Beatriz Sánchez Barón, Pedro Antonio Montalbán Valverde, Omar Abdel-Lah Fernández, Ricardo Vázquez Perfecto, Helena Barbero Delgado, Felipe Carlos Parreño Manchado.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Objetivos: La utilización de la gastrectomía tubular como técnica única ha sido ampliamente aceptado por muchos equipos de cirugía bariátrica debido a la mayor facilidad de su realización y sus menores comorbilidades postquirúrgicas. En este estudio, se valorará una muestra de 56 pacientes de la Unidad de Cirugía Bariátrica del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, sometidos a una gastrectomía tubular laparoscópica (GTL), para evaluar el cumplimiento de los criterios de calidad en cirugía bariátrica según la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO).

Material y métodos: La muestra objeto de estudio se compuso de 56 pacientes intervenidos quirúrgicamente, presentando un IMC ≥ 35 kg/m², edades comprendidas entre los 26 y 75 años y el 55,4% presentaban síndrome metabólico. Un paciente falleció durante el seguimiento por causas ajenas a la intervención. Se valoró los criterios de calidad en cirugía bariátrica según la Sección de Obesidad de la AEC y la SECO, antes y al año de la cirugía. Se recogieron datos antropométricos (edad, sexo, peso, IMC), datos clínicos (diabetes mellitus, hipertensión arterial y/o dislipemias) y datos analíticos (glucemia basal, HDL, TG, LDL y colesterol total). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS. Las variables cuantitativas se presentan como la media y su desviación estándar (DE).

Resultados: Se evalúan distintos parámetros antes de la cirugía y al año de la intervención con GTL para el cumplimiento de los indicadores de calidad en cirugía bariátrica. El peso medio antes de la intervención fue de 127,34 kg (DE=19,98) y al año fue de 85,14 kg (DE=16,52) (pérdida de peso al año de 42,20 kg, DE=14,65, $p < 0,01$). Respecto al IMC, la muestra presenta una media de 48,07 kg/m² (DE=6,32) antes de la intervención, lo que indica Obesidad de Tipo III y una mejora de la media al año de la cirugía de 32,07 kg/m² (DE=5,19) pasando a una Obesidad Tipo I (disminución al año de 16 kg/m², DE=5,64, $p < 0,01$). El 50% de la muestra presenta HTA, el 25,9% obtuvieron una remisión completa y el 25,9% remisión parcial al año de la intervención. El cLDL medio antes de la intervención fue de 104,19 mg/dL (DE=26,69) y al año fue de 105,85 mg/dL (DE=33,74) (aumento mínimo al año de 1,67 mg/dL, DE=40,76, $p > 0,05$). El nivel TG medio antes de la intervención fue de 129,06 mg/dL (DE=50,75) y al año fue de 83,11 mg/dL (DE=32,86) (disminución al año de 45,95 mg/dL, DE=42,72, $p < 0,01$). De los 31 pacientes que presentan SM un 80% dejan de tener SM al año de la cirugía.

Conclusiones: La GTL consigue una reducción de peso significativa al año de la cirugía. La mejoría del conjunto de individuos se correlaciona inversamente con el peso y el IMC de forma significativa. Se logra el cumplimiento de los criterios de calidad de la AEC y la SECO obteniendo una disminución significativa de glucemia y triglicéridos al año de la cirugía y una mejora del perfil lipídico, diabetes tipo II e HTA.

P-49

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA

Elisabet Julià-Verdaguer, Roger Homs Samsó, Eulàlia Ballester Vázquez, Laia Sala Vilaplana, Cecília Vila Riera, Stephania Chavarria Murillo, Katarzyna Wcislo, Sonia Fernández Ananín.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: El sistema robótico DaVinci Xi fue incorporado en nuestro centro en noviembre de 2022. Después de realizar la acreditación por parte del equipo de cirugía esofagogastrica y bariátrica, se inició el programa de cirugía bariátrica.

Objetivos: El principal objetivo de nuestro estudio es evaluar la implementación del programa de cirugía bariátrica robótica comparando las complicaciones postoperatorias entre la cirugía laparoscópica vs robótica. Los objetivos secundarios son analizar el tiempo quirúrgico, el dolor posoperatorio y la estancia hospitalaria entre ambos abordajes.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica primaria, segundo tiempo o cirugía revisión en nuestro centro, desde enero a diciembre de 2023. Se han establecido dos cohortes: abordaje laparoscópico y robótico.

Los parámetros analizados son: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), tipo de cirugía, abordaje quirúrgico (laparoscópico, robótico o conversión), tiempo quirúrgico, dolor postoperatorio, estancia hospitalaria, complicaciones quirúrgicas (clasificación de Clavien-Dindo), consultas a urgencias y reingresos a los 30 días tras la cirugía.

Resultados: 102 pacientes se han operado durante el período: 38 (37.3%) mediante abordaje laparoscópico (Lap) y 64 (62.7%) robótico (R).

[Tabla 1]

Respecto a las variables analizadas no se objetivan diferencias significativas entre los dos grupos, excepto en el tipo de cirugía, dónde en el grupo robótico se realizaron más *bypass* por el mayor beneficio que ofrece en la realización de suturas respecto la laparoscopia.

En relación a las complicaciones y consultas a urgencias, en el grupo laparoscópico mayoritariamente han sido por dolor no controlado con analgesia convencional. Un paciente reingresó por neumoperitoneo y dolor sin evidencia de fuga y otro ingresó en medicina interna por una crisis asmática. En el grupo robótico, 4 pacientes (6.3%) presentaron episodios de hematoma/hemorragia digestiva alta tratados de forma conservadora; un paciente se clasificó como Clavien Dindo IIIa por necesidad de reingreso para drenaje percutáneo de hematoma en la línea de grapas y otro como IV por inestabilidad y necesidad de ingreso en la unidad de semicríticos con drogas vasoactivas.

Conclusiones: La implementación de un programa de cirugía bariátrica robótica es factible por parte de un equipo experto en cirugía bariátrica laparoscópica. El potencial beneficio de la plataforma robótica es proporcionar una mayor ergonomía por lo que facilita la realización de suturas manuales, aun así, se ha evidenciado una mayor tasa de hematomas y hemorragias digestivas en este grupo.

Tabla 1: Análisis de las variables estudiadas.

VARIABLES CUANTITATIVAS: media, desviación estándar (DS). COMPARACIONES ENTRE GRUPOS: t-Student para variables cuantitativas y Chi-cuadrado o test de Fisher para variables cualitativas; $p < .05$ se considerará estadísticamente significativa.

	Lap	R	p
n	38 (37.3%)	64 (62.7%)	
Edad (años) (DS)	48.0 (11.9)	49.8 (11.3)	.454
♂ / ♀ (%)	29 / 9 (76.3 / 23.7)	46 / 18 (71.9 / 28.1)	.623
IMC (Kg/m ²) (DS)	41.1 (6.8)	42.0 (5.8)	.438
Tipo de cirugía			
Sleeve	23 (60.5%)	37 (57.8%)	.005
Bypass	8 (21%)	27 (42.2%)	
Cirugía de revisión	6 (15.8%)	0	
SADIS	1 (2.6%)	0	
Tiempo quirúrgico (min)	100.89	112.16	.143
Dolor posoperatorio (EVA ≥ 6 a las 24h)	5 (13.1%)	14 (21.9%)	.274
Días de ingreso (DS)	2.37 (0.63)	2.56 (1.19)	.356
No complicaciones Clavien Dindo			
\leq II	26 (68.4%)	46 (71.9%)	.716
\geq III	12 (31.6%)	16 (25%)	
	0	2 (3.1%)	
Consultas a urgencias	10 (26.3%)	13 (20.3%)	.483
Reingresos	2 (5.3%)	1 (1.5%)	.284

P-50

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN OBESIDAD CLASE II

Leire Guerrico Tome, Amador García Ruiz De Gordejuela, Emma Eizaguirre Letamendia, Laura Martí Gelonch, Lorena Arrabal Agüera, Eider Talavera Urquijo, Miren Padilla Otamendi, Estibaliz Martin Zugasti, José Ignacio Asensio Gallego.

Hospital Donostia, San Sebastián, España.

Introducción: La cirugía bariátrica es la tratamiento más efectivo y eficaz para la obesidad. El advenimiento de técnicas endoscópicas pone en entredicho la eficacia y seguridad de la cirugía bariátrica en la población con menor exceso de peso.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de gastrectomía vertical (GV) y bypass gástrico (BPG) tanto en pérdida ponderal como en seguridad en este grupo de población.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos de BPG y GV con obesidad clase II en nuestro centro. Excluimos aquellos sometidos a cirugía de revisión. Analizamos el peso, IMC y la pérdida de peso en el seguimiento. Se incluyen en total de 41 pacientes: 30 como BPG (grupo 1) y 11 como GV (grupo 2).

Resultados: En el grupo BPG, el peso y el IMC inicial fueron de 102,48kg y de 37,63kg/m² respectivamente. Al año se objetivó una pérdida de peso de 30.44kg (72.04kg) con un IMC de 26.48kg/m². Y a los dos años 74.96kg con un IMC de 27.10 kg/m². El IMC final fue 24.32kg/m². El TWL final fue 28.62%

En el grupo GV el peso y el IMC inicial fueron de 106,45kg y de 37,65 respectivamente. Al año se objetivó una pérdida de peso de 27.07kg (79.38kg) con un IMC de 27.43kg/m². Al segundo año el peso fue 83.36kg con un IMC de 28.61 kg/m². El IMC final de 29.23kg/m². El TWL final fue 23.74%

No se objetivaron diferencias significativas entre ambas técnicas en cuanto a la pérdida ponderal en el tiempo estudiado.

Al comparar ambas técnicas, existe una mayor tasa de complicaciones inmediatas en el grupo BPG 7 (26%) que en el grupo GV 2 (18%), siendo la mayoría de ellas menores. No se registró mortalidad perioperatoria ni reintervenciones en toda la serie.

En el seguimiento a largo plazo se objetivó en el grupo BPG un caso de hipoglucemias graves y uno de déficits vitamínicos de difícil control. Además, cabe destacar el diagnóstico de carcinoma de esófago a los 3 años de la intervención. En el grupo GV los déficits metabólicos son menores.

Conclusiones: Ambos procedimientos son seguros y efectivos en los pacientes con obesidad grado II. El bypass presenta ligera superior pérdida ponderal en nuestra serie, pero está cargado una tasa superior de secuelas metabólicas y mayor morbilidad menor postoperatoria.

P-51

CIRUGÍA DE REVISIÓN TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DE 12 AÑOS EN NUESTRO CENTRO

Beatriz Remezal Serrano, Juan Perez Legaz, Mónica Rey Riveiro, Gema Giner Merino, Ana Tomás Martínez, Pilar Serrano Paz.

Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, España.

Objetivos: Cirugía de revisión (CR) tras gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) en nuestro centro tras 12 años de experiencia.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de 232 pacientes intervenidos de GVL en nuestro centro entre 2011 y 2023. Se realizó cirugía de revisión (CR) a 6 de ellos. La técnica elegida fue el bypass gastroyeyunal laparoscópico (BGL). Las causas de cirugía de revisión fueron: pérdida de peso insuficiente y la aparición de complicaciones tras GVL, en los que se incluía el ERGE y los vómitos. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, comorbilidades asociadas, complicaciones, tiempo hasta la cirugía de revisión, porcentaje de peso perdido e IMC.

Resultados: Se analizaron 232 pacientes intervenidos de GVTL. Se realizó CR en el 2,6 % (n=6). El 66,7% de los pacientes fueron mujeres: El 66,7% de los pacientes tenían entre 30 y 50 años en el momento de la CR. Un 17% presentaba DM y un 17% HTA como comorbilidades asociadas tras la GVL. El tiempo medio entre la primera cirugía y la CR fueron 7 años. El motivo de la CR fue en un 33,3% pérdida insuficiente de peso, en un 33,3% vómitos y en un 33,3% ERGE.

Conclusiones: La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) ha sido la técnica más extendida a nivel mundial en las últimas décadas para el tratamiento de la obesidad debido, en parte, a su sencillez técnica, y a la reducción satisfactoria inicial de peso de los pacientes intervenidos. Paralelamente, en los últimos años, se ha producido un aumento considerable de la cirugía de revisión a bypass gástrico laparoscópico o más recientemente SADI, debido al inadecuado resultado ponderal (pérdida insuficiente o reganancia) o a la aparición de complicaciones a largo plazo como el ERGE.

P-52

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA REVISIONAL MEDIANTE PLATAFORMA ROBÓTICA

Anna Vidal, Albert Caballero, Cristina Albero, Jordi Tarascó, Pau Moreno, Silvia Pellitero, Eva Martínez, Jose María Balibrea.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Antecedentes: La cirugía bariátrica revisional está creciendo exponencialmente de forma paralela al aumento progresivo de casos primarios en todo el mundo. Este tipo de cirugía presenta un grado de dificultad añadido que requiere el uso de recursos para maximizar la seguridad, como son las plataformas robóticas. Actualmente, la cirugía bariátrica robótica revisional (CBRR) supone casi el 20% de la actividad en nuestro centro.

Objetivos: Describir nuestra experiencia acumulada en CBRR utilizando la plataforma Da Vinci desde 2018 hasta 2023.

Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo observacional y unicéntrico que describe el uso de la plataforma robótica Da Vinci (Xi y X) para casos revisionales incluyendo tanto conversiones como procedimientos en 2 tiempos y procedimientos correctivos.

Resultados: De 2018 a 2023, se realizaron 370 procedimientos bariátricos robóticos en nuestra Unidad; 56 casos (15,1%) fueron CBRR y 37 de ellos (66%) operados durante 2022 y 2023.

De los 56 casos, 37 (66%) fueron conversiones de gastrectomía tubular (Sleeve gástrico o SG) a bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR), se realizaron 11 procedimientos secuenciales de SG a "Single Anastomosis Duodeno-Ileal bypass" (SADI) y 4 cirugías correctivas. El IMC medio antes de la cirugía revisional fue de 41 g/m². El reflujo gastroesofágico 39/56 (69%) fue la indicación más frecuente para las cirugías, estando en 39 de 56 pacientes (69%), incluidos 3 casos de esófago de Barret; las siguientes indicaciones más frecuentes fueron tener un IMC >55 kg/m² y la recuperación de peso. El tiempo quirúrgico medio fue de 176 minutos (8,4 minutos para el tiempo de acoplamiento o "docking"). No se observaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias precoces. Se produjeron 2 reingresos por hemorragia endoluminal autolimitada.

El IMC medio a los 6 y 12 meses de la intervención fue de 32,6 kg/m² (16,2% TWL, porcentaje de peso total perdido) y 28,1 kg/m² (21,32% TWL), respectivamente. La tasa de resolución clínica de la ERGE fue del 100%. La estancia hospitalaria media fue de 2,7 días. No se registraron reintervenciones ni mortalidad en nuestra serie.

Conclusiones: La cirugía revisional por abordaje robótico no sólo es factible, sino que se asocia a resultados clínicos que podrían ser superiores a los de la laparoscopia, especialmente en términos de seguridad.

P-53

INDICACIÓN CONTROVERTIDA: RESECCIÓN DE REMANENTE GÁSTRICO (RG) EN EL MISMO ACTO QUIRÚRGICO QUE EL BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX (BGRYR)

Mercedes Bernaldo De Quirós Fernández Fernández¹, Javier Martínez Caballero¹, Silvia Fernández Noël¹, Carlos Alfredo Coello Hollebeqc¹, Nuria Lara Martín¹, Julia Gutiérrez De Prado¹, Cristina Alegre Torrado¹, Ana Isabel Pérez Zapata², Elías Rodríguez Cuellar¹, Eduardo Herrero Ferrero¹.

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España; ²Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

Introducción: La resección de RG en el mismo acto quirúrgico que la cirugía del BPGYR supone una indicación muy controvertida, puesto que no está exenta de complicaciones y dificulta la conversión a anatomía normal en caso de Síndrome de Dumping o hipoglucemias intratables. Sin embargo, cabe la duda sobre qué hacer con aquellos pacientes que tengan contraindicación de GV (ERGE, IMC >50, etc.) y requieran seguimiento endoscópico de lesiones gástricas premalignas.

Objetivos: Estudiar las indicaciones y resultados de BPGYR con resección del RG y la experiencia en nuestro centro.

Material y métodos: Se presenta una serie de 3 casos de BPGYR con resección del RG realizados enero de 2012 y Diciembre de 2023. Siguiendo las guías del consenso europeo de lesiones premalignas de 2019 (MAPS II) se realizó Phimetría, gastroscopia con toma de biopsias según protocolo de Sidney y manometría preoperatorias a todos los pacientes operados en nuestro centro. Se indicó la resección del RG en aquellos casos que según estas guías requerirían seguimiento endoscópico posterior y tenían patologías que contraindicaban la GV.

Resultados: De los 974 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro entre enero de 2012 y Diciembre de 2023 se indicó la resección del RG en el mismo acto quirúrgico que el BPGYR en 3 casos (0.31%). La indicación y características de los pacientes se presentan en la tabla 1.

Tabla 1	Caso A	Caso B	Paciente C
Sexo	Varón	Mujer	Mujer
Edad (años)	35	63	35
IMC preoperatorio (kg/m ²)	50	44.7	49.5
Antecedentes familiares		Hermana con neoplasia gástrica	Hermana con neoplasia gástrica
Endoscopia	-	Esofagitis A	-
Histología	Gastritis atrófica antral y fúndica MI focal	Gastritis atrófica antral y fúndica	-
pH-metría esofágica 24h	ERGE	ERGE	-
Antecedentes personales			Bypass previo con dilatación del RG y ausencia de pérdida de peso
AP del RG	Gastritis atrófica antral y fúndica MI focal	-	Infiltrados linfoplasmocitarios
Complicaciones	Síndrome de Dumping precoz autolimitado	-	Déficit de B12 autolimitado

Si bien se trata de una muestra pequeña, en ninguno de los 3 casos se ha encontrado déficit de B12 significativo ni complicaciones que pudiesen indicar la necesidad de reversión a anatomía normal.

Respecto a la dificultad de reconversión a anatomía normal en caso de síndrome de Dumping, en nuestra serie de 974 casos sólo fue necesaria en 3 ocasiones, ninguna de ella en los pacientes previamente mencionados.

CONCLUSIONES.

En casos muy seleccionados de paciente que requieran seguimiento endoscópico y tengan contraindicación de GV, la realización de BGYR con resección del RG ha demostrado ser una opción válida en nuestra experiencia.

P-54

OPTIMIZACIÓN DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN Y AUDITORÍA DE ALGORITMOS DE DECISIÓN EN NUESTRO ENTORNO HOSPITALARIO

Andrea De Miguel Pérez, Sergi Sánchez Cordero, Jordi Pujol Gebelli, Jordi Castellví Valls.

Consorci Sanitari Integral - Hospital de l'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat, España.

Introducción: La obesidad ha emergido como una pandemia global, con su impacto multifacético en la salud, calidad de vida y sistemas de atención médica que requieren estrategias integrales para su manejo. Sin embargo, la ejecución exitosa de la cirugía bariátrica requiere una selección precisa de pacientes, una técnica quirúrgica adecuada y una atención postoperatoria integral. Los algoritmos de decisión, informados por pautas basadas en evidencia y factores específicos del paciente, ayudan en la identificación de candidatos ideales para la cirugía bariátrica y guían a los profesionales en la selección del procedimiento quirúrgico más adecuado, teniendo en cuenta factores como la edad del paciente y las comorbilidades.

Objetivo: La implementación de algoritmos de decisión promete mejorar la eficacia y seguridad de la cirugía bariátrica, surge la pregunta vital: ¿Se está aplicando correctamente nuestro algoritmo en nuestro entorno hospitalario? La importancia de la auditoría y evaluación continua no puede ser subestimada, por servir como medio para asegurar el cumplimiento de los algoritmos establecidos y su impacto en los resultados del paciente. Tales auditorías no solo permiten la identificación de áreas donde la utilización de algoritmos puede mejorarse, sino que también facilitan la mejora de los procesos de toma de decisiones en el cambiante panorama de la cirugía bariátrica.

Material y métodos: Se revisa de forma descriptiva, sistemática y retrospectiva, en forma de auditoría, la implementación de nuestro algoritmo decisional en nuestro centro, desde el 2021 hasta la actualidad, incluyendo un total de 174 pacientes. Se incluyen únicamente cirugías bariátricas primarias. Se adjunta imagen con nuestro algoritmo decisional.

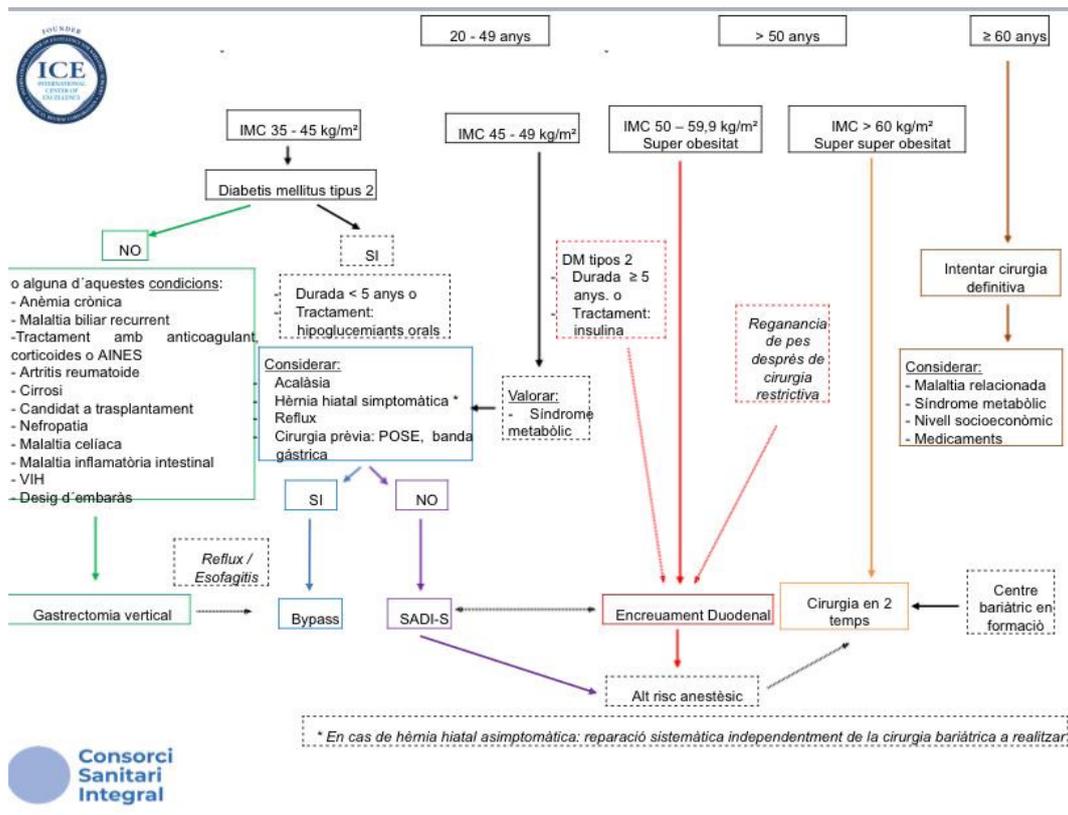
Resultados: El tamaño de la muestra es de 174 pacientes. La edad media es de $49,20 \pm 1,36$ años.

El IMC máximo medio es de $46,36 \pm 0,85$ Kg/m². Los pacientes son mayoritariamente ASA III con un 77%. Se realizan de media un $29,32\% \pm 2,1$ de cirugías restrictivas (51), un $70,68\% \pm 2,1$ de cirugías hipoabsortivas-mixtas (123).

La estancia hospitalaria media es de 2 días $\pm 0,3$. Se reporta una tasa del $5,17\% \pm 0,3$ en complicaciones de categoría III-IV de Clavien-Dindo (9), con una tasa del 9% en readmisión en planta de hospitalización durante el primer mes postoperatorio (16).

El grado de cumplimiento del algoritmo decisional es del $95\% \pm 0,04\%$.

Conclusión: La integración de algoritmos de decisión en programas de cirugía bariátrica representa un avance significativo en el campo del manejo de la obesidad. Cuando se aplican correctamente y se complementan con procesos de auditoría diligentes, estos algoritmos capacitan a los profesionales de la salud para tomar decisiones informadas, lo que conduce a una mejora en los resultados de los pacientes y a la continuación de la evolución de la cirugía bariátrica como un componente vital de las estrategias integrales de tratamiento de la obesidad. Al mantenerse comprometidos con la correcta aplicación de los algoritmos de decisión y la evaluación continua de su impacto, podemos esperar un futuro en el que la cirugía bariátrica siga siendo un pilar en la lucha contra la obesidad y su carga de salud asociada.



P-55

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN EL SEGUIMIENTO DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA. ¿DEBEMOS PREOCUPARNOS POR EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO?

Ángela Santana Valenciano¹, Marta Cuadrado Ayuso¹, Pablo Priego Jiménez², Ana Del Carmez Ortega Ferrete¹, Pablo Luis Gil Yonte¹, Luis Blázquez Hernando¹, Silvia Sánchez Picot¹, José Ignacio Botella Carretero¹, José María Fernández Cebrián¹, Julio Galindo Álvarez¹.

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España; ²Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: La Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GVL) es la técnica de cirugía bariátrica más realizada a nivel mundial. La relación entre el reflujo gastroesofágico (RGE) y el desarrollo de esofagitis o esófago de Barrett y esta técnica no está bien establecida. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar los hallazgos endoscópicos durante el seguimiento entre el 1er y el 5º año después de una GVL.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva incluyendo todos los pacientes a los que se realizó una GVL. Analizamos el número de endoscopias digestivas altas (EDA) realizadas en el seguimiento, así como los hallazgos endoscópicos y los comparamos con la EDA preoperatorias.

Resultados: Entre 2017 y 2022 realizamos 316 LSG en nuestro centro, se llevaron a cabo en el seguimiento 211 EDA con los siguientes hallazgos: 110 (52,13%) estudios normales, 38 (34,54%) esofagitis y 3 (1,42%) esófago de Barrett. Además, en 78 pacientes (36,96%) se diagnosticó hernia de hiato. En 7 pacientes (2,21%) se indicó conversión a Bypass gástrico por causa del RGE.

Conclusión: Las alteraciones endoscópicas relacionadas con el RGE tras la gastrectomía vertical son frecuentes, debemos considerar la realización de endoscopias en el seguimiento de estos pacientes.

P-56

ANÁLISIS DE BYPASS GÁSTRICO EN GEMELAS UNIVITELINAS

Benjamin Alfonso Thorpe Plaza, Javier Baltar Bolieve, Francisco Fernando Santos Benito, Jaime Dobarro Rosales, Manuel Bustamante Montalvo.

Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Objetivos: Evaluación y análisis de los cambios postquirúrgicos producidos en el peso y comorbilidades en una pareja de gemelas univitelinas obesas, tras someterse a cirugía de bypass gástrico.

Material y método:

Gemelas univitelinas con los siguientes antecedentes y características:

TABLA 1	Gemela A	Gemela B
Edad (años)	29	32
Antecedentes Personales:	DMID 8 años. Buen control.	DMID II 11 años de evolución. Mal control. Hiperlipidemia. Esteatosis hepática. Barro biliar.
Antecedentes psiquiátricos:	Ausencia TCA Ansiedad con alimentos	Ausencia TCA Crisis de pánico por situación laboral.
Objetivo:	Ganar calidad de vida control diabético,	Reducir medicación.
Talla:	1.72m	
Peso máximo (IMC)	113kg(38,2)	120kg(40,6)
Peso prequirúrgico (IMC)	106,7kg(36.1)	110.4kg(37,3)

Comité interdisciplinar de cirugía bariátrica decide cirugía bypass gástrico (RYGB) para ambas pacientes.

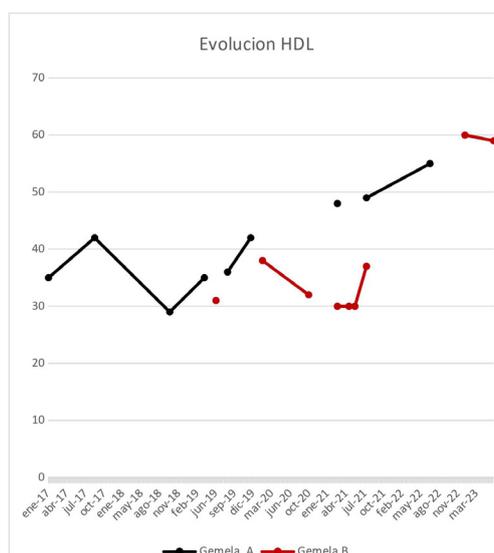
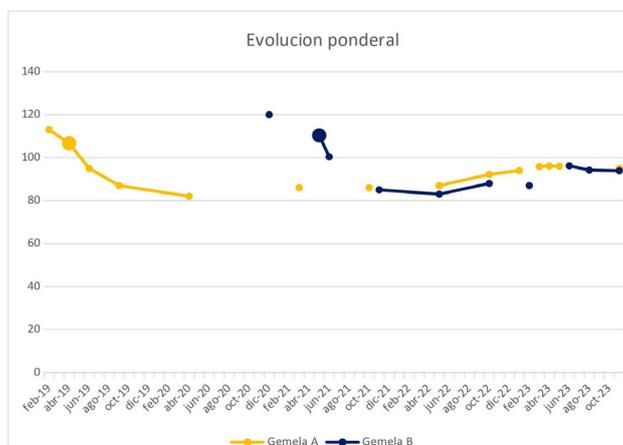
Resultados:

TABLA 2	Gemela A	Gemela B
% IMC perdido	3,9	5,5
Peso mínimo (IMC)	89,9kg(30,4)	82,9kg(28,2)
Cirugía:	RYGB Abril 2019 Reservorio a 5cm de UEG. ABP 100cm. AA 140cm. Biopsia hepática:Esteatosis hepática severa.	RYGB + colecistectomía Mayo 2021 Reservorio a 5cm de UEG.ABP 100cm. AA 140cm Biopsia hepática:esteatosis hepática moderada,no esteatohepatitis. No fibrosis hepática. Vesicula biliar:Colecistopatía crónica.
Complicaciones postoperatorias:	No	
Estancia hospitalaria:	3 días	
Colecistectomía:	No	Si
Resultados ponderales:	Peso mínimo al año de la cirugía 82kg (-24,7kg). Estabilización desde los 6 a los 36 meses (entorno 86kg)	Peso mínimo alcanzado al año de la cirugía, 82,9kg (-27,5kg), IMC 28.Estabilización de los 6 a los 21 meses (entorno los 86kg).
Reganancia ponderal:	> 41 mes. Máximo: 95,9kg (-10,8kg) a los 46 meses	> 25 mes coincidencia temporal con reganancia de su hermana.Máximo: 96,2kg (-14,2kg) a los 25meses.
Motivo:	Ánimo depresivo por hernia discal operada recidivada. Ansiedad por comer.	Baja por cirugía de tunel carpiano.Bajo ánimo, ansiedad por recuperación lenta. Insomnio e irritabilidad. Ansiedad por comer.

Medicación psiquiátrica	Sertralina. Lormetazepam. Gabapentina	
Cirugía plástica:	Abdominoplastia:Mejoría anímica y calidad de vida	Seguimiento para abdominoplastia.
Evolución DMII	Glucemia y HbA1c pre y postquirúrgica estables: 120mg/dl y HbA1c 6.2%.	Glucemia prequirúrgica:176mgr/dl.24 meses:147mg/dl.HbA1c prequirúrgica:9,8%.24 Meses:7,3%.
Evolución Dislipemia	Triglicéridos prequirúrgicos 207mg/dl. 24 meses:123mg/dl.Valores de colesterol constantes mejoría HDL 29 a 55mg/dl.	Triglicéridos y colesterol estables mejoría de HDL 30 a 60mg/dl.

Conclusiones: Existen pocos estudios de cirugía de obesidad en gemelos univitelinos. Los factores genéticos y ambientales presentan efecto mixto en la pérdida y mantenimiento de peso en cirugía bariátrica. Estudios en gemelos univitelinos ofrecen una oportunidad valiosa para dilucidar la influencia de los factores psico-sociales en el postoperatorio de pacientes con factores genéticos idénticos.

La cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida refractaria es un pilar fundamental de tratamiento. La selección de la técnica quirúrgica no está estandarizada. Con suficiente experiencia en la técnica de RYGB se considera una opción factible y segura garantizando una mejoría ponderal y de comorbilidades con una tasa de cirugía de revisión por pérdida de peso insuficiente del 5 al 10%. La técnica de bypass tipo SADI-S, según últimos estudios, podría ser una alternativa con resultados ponderales competitivos, igual o más eficaces que el RYGB.



P-57

Uso de dispositivo Eso-sponge como alternativa terapéutica en pacientes de alto riesgo quirúrgico con dehiscencia de anastomosis tras bypass gástrico.

Juan Gajda Escudero, Fátima Sánchez-Cabezudo Noguera, Jose Daniel Sánchez López, Carmen Rodríguez Haro, María Hernández O'reilly, Inmaculada Mellado Sánchez, Carolina Peck García, Esther Ferrero Celemín, José María Gil López, Antonio Luis Picardo Nieto.

Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España.

Objetivos: El objetivo de esta comunicación es presentar una alternativa no quirúrgica a una complicación relativamente frecuente de la cirugía bariátrica.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 55 años sin antecedentes personales de interés, que es intervenida de bypass gástrico por IMC de 40.

Durante los 3 primeros días postoperatorios, la paciente presenta vómitos e hipotensión de hasta 73/35, por lo que se solicita TC abdominal. En dicho TAC se observan hallazgos compatibles con obstrucción intestinal de alto grado probablemente secundaria a estenosis de la anastomosis del asa alimentaria.

Se interviene de urgencias a la paciente, donde se confirma la obstrucción del asa alimentaria hasta la anastomosis yeyuno-yeyunal por acodamiento de este asa sobre la anastomosis y su meso. Se realiza resección del segmento afecto y nueva anastomosis, que presenta buen paso. Al 5º día tras la reintervención, la paciente presenta desaturación a pesar de Ventimask, por lo que se realiza Angio-TC, con hallazgos compatibles con TEP en lóbulos pulmonares superior e inferior derechos, así como derrame pleural bilateral.

Se realiza toracocentesis del derrame con salida de líquido compatible con empiema.

Al 9º día tras la reintervención, ante el aumento del derrame y la sospecha de absceso subfrénico, se solicita TC abdominal, en el que se observa una colección que comunica con la cara superior de asa intestinal de bypass y se extiende caudalmente en la región epigástrica, hepática y espacio subfrénico. Además se aprecia una cámara de neumoperitoneo mayor a la esperable dado el tiempo quirúrgico. Estos hallazgos se corresponden con una dehiscencia de la anastomosis gastro-yeyunal.

Resultados: En vista del alto riesgo quirúrgico a otra reintervención, se decide manejo endoscópico con colocación de dispositivo Eso-sponge. Se realizan recambios del Eso-sponge cada 48h, observando el cierre completo de la dehiscencia tras 7 recambios. La colección intraabdominal se drena de forma percutánea con buena respuesta. Tras 56 días de ingreso, la paciente es dada de alta.

En la revisión a los 3 meses, la paciente presenta buen estado general, aunque caminando con andador. Tolera sólidos y ha experimentado una pérdida de peso de 17 kg.

Conclusiones: La dehiscencia de anastomosis es una complicación relativamente frecuente en los pacientes operados de bypass gástrico. La reintervención puede conllevar una mayor morbilidad y peores resultados a largo plazo. El uso de endosponge para el tratamiento de dehiscencia en pacientes con alto riesgo quirúrgico es una herramienta útil en el manejo de esta complicación y una alternativa viable a la reintervención quirúrgica.

P-58

MANEJO DEL CÁNCER ESOFAGOGÁSTRICO TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

Johnn Henry Herrera Kok, Jesús Manuel Silva Fernández, Antonio Álvarez Martínez, Tania Gotor Santos, Nerea Sutil Reguera, Olga Gómez Shevyakova, Andrea Fernández Fernández-Rebollo, Irene Medrano Montero, María Victoria Diago Santamaría.

Complejo Asistencial de León, León, España.

Objetivos: Discutir el manejo multidisciplinar de los cánceres esofagogástricos en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente en su 6ª década de la vida, con DM2, SAOS-CPAP, HTA, Esofagitis grado B de Los Ángeles y la realización de gastrectomía vertical (GV) 2 años antes (IMC 45Kg/m², W 143Kg), que acude por presentar disfagia progresiva y diarrea de 2 meses de evolución. La analítica mostró un CA19.9 mayor de 400 U/mL. El tránsito EGD demostró un defecto de repleción a nivel del cardias, vaciamiento lento de la manga, y un divertículo duodenal. La gastroscopia demostró una estenosis de esófago distal que impedía el paso del endoscopio. La ecoendoscopia demostró una tumoración uT4uN2. La TAC demostró una masa a nivel del cardias con afectación de la curvatura menor y adenopatías patológicas en el ligamento gastrohepático. El PET demostró, además de lo antes descrito, afectación de la glándula adrenal derecha y del 9º arco costal izquierdo. La anatomía patológica demostró un adenocarcinoma infiltrante.

Resultados: El paciente fue presentado en el Comité Multidisciplinar y se decidió quimioterapia (FLOTx3) y RT, tras la cual el paciente presentó amaurosis unilateral. Se realizó una TAC de control que demostró progresión tumoral con afectación metastásica cerebral. Finalmente, el paciente recibió tratamiento paliativo con FOLFOX, presentando toxicidad importante, y falleciendo 10 meses después del diagnóstico.

Conclusiones: La incidencia de cáncer esofagogástrico varía según el tipo de cirugía realizado: 41% para el By-pass gástrico en Y de Roux, 30% para la Banda Gástrica Ajustable y 18% para la gastrectomía vertical. Se ha reportado un tiempo medio entre la cirugía bariátrica y el diagnóstico de cáncer esofagogástrico de entre 5 y 9 años. Aunque actualmente la evidencia científica no sustenta la hipótesis de que la GV incrementa de forma significativa el riesgo de cáncer esofágico, un gran número de estudios han reportado un incremento importante en la frecuencia de síntomas de reflujo gastroesofágico (RGE), esofagitis y esófago de Barrett. El abordaje multidisciplinar, la correcta selección de pacientes, y un seguimiento endoscópico adecuado son fundamentales para la prevención y tratamiento de las complicaciones del RGE, así como el diagnóstico y tratamiento precoces de los cánceres esofagogástricos.

P-59

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON GASTRITIS AUTOINMUNE Y METAPLASIA INTESTINAL DIFUSA ASOCIADA

Johnn Henry Herrera Kok, Jesús Manuel Silva Fernández, Antonio Álvarez Martínez, Tania Gotor Santos, Olga Gómez Shevyakova, Nerea Sutil Reguera, Irene Medrano Montero, Andrea Fernández Fernández-Rebollo, María Victoria Diago Santmaría.

Complejo Asistencial de León, León, España.

Objetivos: Discutir las complejidades del abordaje multidisciplinar de pacientes con obesidad mórbida asociada a gastritis autoinmune (GA) y metaplasia intestinal difusa (MID).

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente en su 6ª década de la vida con cuadro florido de dispepsia/reflujo gastroesofágico (RGE), quien se encontraba en lista de espera bariátrica para la realización de un LRYGB en un centro de otra comunidad autónoma. Tras la realización de gastroscopia en nuestro centro, la paciente fue diagnosticada de GA con MID asociada y se envió un informe al equipo de cirugía bariátrica responsable del caso quienes finalmente realizaron gastrectomía vertical (GV).

Resultados: Tras la intervención quirúrgica la paciente presentó infarto esplénico que fue manejado de forma conservadora. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica demostró una mucosa gástrica con actividad inflamatoria moderada, atrofia y focos de metaplasia entérica, sin displasia; ausencia de *H. pylori*. Seis meses después de la intervención la paciente había perdido 30Kg de peso y seguía presentando síntomas de RGE. La manometría esofágica no demostró alteraciones significativas y la Ph-metría no evidenció reflujo patológico. El tránsito EGD no demostró alteraciones salvo las relativas a la GV y un vaciamiento gástrico normal. La gastroscopia evidenció signos de gastritis crónica en la manga y la anatomía patológica demostró una gastritis crónica trófica MID y ausencia de *H. pylori*. La paciente ha recibido tratamiento con Ziverel® y GAST-120 Ozone Active® el cual no ha sido totalmente efectivo. La paciente se encuentra pendiente de la realización de Bilitec fuera de nuestro centro.

Conclusiones: La presencia de gastritis autoinmune y metaplasia intestinal sin displasia en especímenes de GV ha sido reportada entre el 0,5-1,9% y el 1,5% respectivamente. La progresión de metaplasia intestinal a cáncer gástrico ha sido bien documentada y tiene una incidencia aproximada de 12 casos/10000 habitantes-año. Sin embargo, en presencia de displasia, la progresión a cáncer gástrico es mayor, y pasa de una incidencia de 0,25% en casos de metaplasia, a 0,6% en casos de displasia leve-moderada, y a 6% en el caso de displasia severa. De ahí la importancia de seleccionar cuidadosamente tanto a los pacientes como la técnica quirúrgica que nos permita un seguimiento endoscópico adecuado de estas lesiones pre-malignas, así como un diagnóstico y tratamiento precoces en caso de desarrollo de cáncer gástrico. Por otro lado, la presencia de gastritis autoinmune, además de al desarrollo de cáncer gástrico, se puede asociar a deficiencias nutricionales, las que podrían verse exacerbadas por una cirugía bariátrica. Aunque no existen datos al respecto, la remoción de la mayor parte de las células parietales, como en el caso de la GV, podría tener un efecto protector en estos casos. Finalmente, se ha reportado reflujo duodenogástrico hasta en el 68% de pacientes con GV, lo que puede perpetuar o incrementar los síntomas de RGE, así como contribuir a la presencia de esofagitis y esófago de Barrett, requiriendo un seguimiento estrecho de estos pacientes.

P-60

MANEJO PERIOPERATORIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTE CON TRIPLE OBESIDAD: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

Ruth Lopez-Gonzalez¹, Sergi Sanchez-Cordero¹, Andrea De Miguel¹, Gregory Contreras², Paula Garcia¹, Aida Vazquez¹, Jordi Pujol¹.

¹Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, España; ²Centro Médico Delfos, Barcelona, España.

Introducción y Objetivos: La cirugía bariátrica en casos de pacientes con índice de masa corporal (IMC) superior a 50 kg/m² se debe considerar de riesgo elevado, no solamente por el que conlleva la propia técnica quirúrgica sino también por la dificultad para la ventilación, posiblemente para la intubación y el aumento de posibles complicaciones postoperatorias.

El objetivo del trabajo es describir el abordaje multidisciplinar perioperatorio del paciente con obesidad extrema apto para cirugía bariátrica

Material y métodos: Descripción de manejo perioperatorio de un caso clínico con IMC de 76 kg/m² apto para cirugía bariátrica

Resultados: Se trata de un paciente varón de 23 años con IMC máximo de 76 kg/m² y actual de 71 kg/m² sin antecedentes de interés, se descarta enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y cuestionario STOP-BANG con riesgo bajo.

Se considera apto para cirugía previa valoración por los servicios de Endocrinología y Nutrición, Psiquiatría, Anestesiología y Cirugía.

Por parte de Anestesiología, se considera según la American Society of Anaesthesiology (ASA) un grado III con elevado riesgo de ventilación e intubación difícil. A nivel intraoperatorio, se realiza la intubación mediante Glidescope. Se realiza una anestesia libre de opiáceos (OFA) y se realiza infiltración de trócares mediante anestésico local.

Por parte de Cirugía, se considera al paciente apto proponiéndose la cirugía ileal tipo bipartición intestinal como técnica más adecuada, evitando la disección duodenal y facilitando así la cirugía respecto a otras cirugías hipoabsortivas como el cruce duodenal, además de mantener el acceso endoscópico total, sin restarle eficacia a la pérdida ponderal de peso postoperatoria. Intraoperatoriamente se requirió el uso conjunto de dos camillas y de medias neumáticas además de fijaciones externas. Se colocaron cinco trócares: supraumbilical u óptico de 11 mm a 15-20 cm de xifoides, dos trócares de 12 mm a nivel paraumbilical derecho e izquierdo para el cirujano principal, otro trócar de 12mm a nivel de flanco izquierdo para el primer ayudante, un trócar de 5mm en fosa ilíaca izquierda que se requerirá para el contaje de asas y finalmente un trócar de 5mm en hipocondrio izquierdo para el separador hepático.

La bipartición intestinal siguiendo la técnica de Santoro requiere de una gastrectomía vertical calibrada con una sonda de Foucher, una anastomosis gastro-ileal manual de doble capa a 300 cm de válvula ileocecal y una anastomosis ileo-ileal a 60 cm. Se comprobó mediante azul de metileno y se dejó drenaje intraabdominal.

El tiempo total quirúrgico fue de 120 minutos.

No hubo complicaciones y el paciente fue dado de alta al tercer día.

Conclusiones: El abordaje de pacientes con obesidad extrema requiere de un equipo experto en cirugía bariátrica con tal de minimizar al máximo el riesgo perioperatorio del paciente. Tanto la valoración preoperatoria, como la elección de técnica quirúrgica, como el manejo intraoperatorio y postoperatorio del paciente son esenciales para el éxito de la cirugía.

P-61

EVALUACION DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA, PÉRDIDA DE PESO Y GRADO DE SATISFACCION EN UN PROGRAMA DE GRUPOS DE APOYO PRE CIRUGIA BARIATRICA

Mar Gassó Ordaz, Montserrat Villatoro, M.dolors Muns, Romina Escobar, Carme Serra, Juan Jose Chillarón, Teresa Legido, Anna Casajoana, Alberto Goday, David Benaiges.

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción: Las sesiones grupales previas a cirugía bariátrica pretenden ayudar al paciente a modificar hábitos alimentarios y realizar cambios en el estilo de vida. Sin embargo, la relación entre la asistencia a grupos y los cambios cualitativos en la dieta con la pérdida de peso esta poco estudiado.

Objetivos: Evaluar en pacientes incluidos en el circuito preoperatorio de una unidad de cirugía bariátrica: 1) La relación entre el cambio en la adherencia a la dieta mediterránea y la asistencia a las sesiones grupales con la pérdida de peso 2) El grado de satisfacción de los pacientes tras asistir a las sesiones grupales.

Material y métodos: El programa consta de cinco sesiones grupales que se realizan una vez al mes. En cada grupo se incluyen 10-12 pacientes de los que se recoge el peso de cada sesión. Se autoadministró el test de adherencia a la dieta mediterránea (Kidmed) al inicio de las sesiones y al finalizar el programa. Se diseñó una encuesta dirigida a conocer la opinión sobre la ayuda proporcionada y diferentes aspectos del programa para detectar oportunidades de mejora en una escala de 0 a 5, excluyendo a aquellos pacientes que se pierden durante los grupos. El análisis de datos se llevó a cabo utilizando el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se evaluaron 101 pacientes, de la cuales el 69.3 % fueron mujeres. La media de edad fue de $44,1 \pm 10,4$ años y el IMC inicial de $44,7 \pm 5,4$ kg/m². El porcentaje de pérdida de peso total durante las sesiones fue de $-2,1 \pm 3,6\%$. El 67 % de los pacientes acudieron a todas las sesiones. En ellos se observó un mayor porcentaje de pérdida de peso que en aquellos que no realizaron el programa completo ($2,8 \pm 3,5\%$ vs $0,4 \pm 10,1\%$, $p < 0,001$). De los 101 pacientes, 73 pacientes cumplieron el test de adherencia a la dieta mediterránea al inicio y al final. Inicialmente 24,6 % tenían baja adherencia, el 47,9% adherencia media y el 27,3% adherencia alta. La puntuación del test de adherencia a la dieta mediterránea mejoró en $1,6 \pm 2,7$ puntos ($p=0,57$) durante el programa. Sin embargo, esta mejoría no se correlacionó con una mayor pérdida de peso ($r=0,04$, $p=0,97$). Al final de las sesiones se recogieron 41 encuestas de satisfacción en las que la valoración global fue $4,7 \pm 0,4$ sobre 5.

Conclusiones: La pérdida de peso durante las sesiones grupales previas a la cirugía bariátrica se asocia a la asistencia completa de las sesiones, pero no a los cambios observados en la adherencia a la dieta mediterránea. La mayoría de los pacientes muestran un alto grado de satisfacción al finalizar el programa.

P-63

EL PAPEL DE LA SUPLEMENTACIÓN EN LA OPTIMIZACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE BARIÁTRICO

Teresa Carrascosa Mirón, Ana Isabel Vega Agüero, Alicia Ferrer Martínez, Alberto Hernández Matías, Sagrario Fuerte Ruíz, Raquel León Ledesma, Juan Carlos Ruíz De Adana Belbel, Jose María Jover Navalón.

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España.

Objetivos: La obesidad conlleva normalmente una serie de comorbilidades que aumentan el riesgo de morbimortalidad postoperatoria. Una pérdida de peso preoperatoria del 5-10% se considera suficiente para disminuir la posibilidad de complicaciones.

El objetivo de esta revisión es cuantificar el porcentaje de pacientes, optimizados con una dieta hipocalórica junto con sustitutivos de comidas, que consiguen esa pérdida ponderal antes de la intervención.

Material y métodos: Los pacientes son valorados primero en la consulta de endocrinología, donde se establece un plan de pérdida de peso. En función del IMC del paciente y las comorbilidades, la fase de optimización ponderal se inicia entre 10 y 6 semanas previas a la intervención, con el objetivo de perder entre el 8-10% de su peso. La enfermera con formación en dietética y nutrición, realizará una valoración de los hábitos alimentarios del paciente, y le asesorará y acompañará durante todo este proceso.

Se le propondrá una dieta equilibrada de 1.500 kcal diarias, en la que una de las comidas principales será sustituida por un suplemento líquido hiperproteico Bificare Bi1 de 200 ml (Bariatric Line). Los 4 días previos a la intervención, se indica una dieta de 1.200 kcal, en la que las dos principales comidas serán exclusivamente líquidos junto con el suplemento (Bificare). Además, un mes antes de la intervención, se le aconseja la toma de complementos de vitaminas y minerales (BariMix) en función de la técnica bariátrica que se le va a realizar.

Junto a estos cambios alimentarios, se les introduce en un programa de actividad física diaria y de fisioterapia respiratoria.

Resultados: Se han revisado 152 pacientes sometidos a cirugía bariátrica durante los últimos dos años. El 95% de los pacientes tuvieron una acogida positiva a los sustitutivos de comidas y, tan sólo el 5%, de los pacientes abandonaron su consumo por sensación nauseosa o vómitos, a pesar de los distintos sabores.

Como efecto secundario más frecuente, en relación con los sustitutivos de comida, ha sido el estreñimiento.

Y en relación con la pérdida de peso, el 78 % de los pacientes perdieron entre un 8-10%, el 17% perdieron entre un 5-8% y tan sólo el 5% perdió menos del 5% de peso.

Conclusiones: Es conocido que la pérdida de peso preoperatoria ha demostrado tener un beneficio importante al disminuir el riesgo quirúrgico y potenciar la adherencia a las modificaciones alimentarias y del estilo de vida tras la cirugía.

Existen diversas estrategias como dietas bajas o muy bajas en calorías, productos sustitutivos de comidas, balón intragástrico, análogos de GLP-1, etc...

En nuestra unidad de obesidad se realiza la optimización con una dieta hipocalórica tradicional junto con sustitutivos de la dieta que reemplazan una o dos comidas diarias, financiadas por el hospital, lo que permite una mayor adherencia al tratamiento y una mejora en los resultados de pérdida ponderal.

P-64

Evolución de la calidad de vida, adherencia y tolerancia a la suplementación proteica tras la cirugía bariátrica: Resultados del estudio SARCOFIT

Lucía Alonso Diez, Laura Brugnara, Judit Viaplana, Marc Caballero, Romina Olbeyra, Ana De Hollanda², Amanda Jimenez, Judith Molero, Violeta Moizé.

Hospital Clinic Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: SarcoFit es un estudio aleatorizado y controlado que se llevo a cabo en 74 mujeres susceptibles de sufrir sarcopenia candidatas a cirugía bariátrica (CB) del Hospital Clinic Barcelona durante el año 2020-2023. El objetivo fue evaluar el efecto de dos niveles de suplementación proteica: estándar (SP-S) versus alta (SP-A) sobre los cambios en la composición corporal (MLG, MG), funcionalidad, gasto energético en reposo (GER), oxidación máxima de la grasa durante el esfuerzo, actividad física y calidad de vida durante el primer año tras CB. Además, en los pacientes del grupo SP-Alta, se evaluó el efecto añadido sobre esas variables de un programa de ejercicio físico (SP-AF).

Objetivo: comparar diferencias en la evolución de la calidad de vida (CV) y el grado de adherencia (Adh) y tolerancia (To) a la suplementación entre los 3 grupos de tratamiento.

Metodología: 74 mujeres fueron incluidas y aleatorizadas en los 3 grupos de tratamiento. 66 (90%) completaron el estudio (56,7±7,4 años, 42,9±4,4 kg/m²) SP-S (n=23), SP-A (n=26) y SPA-AF (n=17). La suplementación proteica (Unjury® sabor neutro, chocolate, vainilla y fresa) se suministró mensualmente y sin coste. La suplementación añadía a la dieta convencional 30g de proteínas en SP-S y 63g proteínas en SP-A y SP-AF. El grado de adherencia (%) y la To a la suplementación fue auto referida. Ambas acciones se llevaron a cabo durante la entrevista estructurada nutricional mensual. La evaluación de la CV se realizó antes de la cirugía, y a los 4, 8 y 12 meses tras la CB mediante el cuestionario *Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II*. La to se determinó por la presencia de flatulencia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, estreñimiento, diarreas, y distensión abdominal. Los datos fueron analizados mediante SPSS27.

Resultados: Para simplificar la lectura e interpretación de los resultados, los valores de calidad de vida se reflejan en la tabla adjunta. No se observaron diferencias en la CV entre grupos de tratamiento. Respecto al porcentaje de adherencia a lo largo del estudio, fue de un 83%, 95% y 89% para SP-S, SP-A y SPA-AF respectivamente. Respecto a la tolerancia, destacan la presencia de flatulencia (3%), náuseas (2%) y estreñimiento (3%) por igual entre los tres grupos.

	SP-S (n=17)	SP-A (n=19)	SP-AF (n=13)	Valor-p (respecto al inicial)
CV Basal (media ± DS)	0,3±1,9	0,6±1,0	0,8±1,0	
CV 4 meses (media ± DS)	1,5±1,3	1,7±0,7	1,8±1,5	<0,001
CV 8 meses (media ± DS)	2,5±1,7	1,8±0,6	1,5±0,9	<0,001
CV 12 meses (media ± DS)	1,8±1,4	2,1±0,9	1,8±1,2	<0,001

Conclusiones: Las personas que participaron en SarcoFit experimentaron mejoras significativas en la calidad de vida durante el primer año de seguimiento. La buena tolerancia al SP explica la elevada adherencia auto referida a la suplementación proteica. A pesar de la intensidad del estudio, no se observaron diferencias entre los 3 grupos de intervención. Estos resultados sugieren que el estudio no ha impactado negativamente en la calidad de vida de los participantes y que la suplementación proteica fue bien aceptada.

Reistro *ClinicalTrials.gov* n^o NCT04771377.

Estudio parcialmente subvencionado con beca @FUNSECO2021

V-01

STEP BY STEP EN LA CIRUGÍA DE CONVERSIÓN DE SLEEVE A BYPASS GÁSTRICO POR REFLUJO: DIFERENCIAS DEL ABORDAJE ROBÓTICO VS. LAPAROSCÓPICO

Mohamed Hassin Mohamed Chairi, Maria Arteaga Ledesma, Jennifer Triguero Cabrera, Mónica Mogollón González, Cristina De Las Mercedes Plata Illescas, María Jesús Álvarez Martín.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción: La cirugía bariátrica revisional por reflujo gastroesofágico constituye un auténtico desafío para los cirujanos bariátricos debido a la distorsión de la anatomía, las adherencias y la necesidad (en muchos casos) de llevar a cabo disecciones mediastínicas amplias para reducir el contenido herniario. La introducción de la plataforma robótica en este campo ha supuesto una auténtica revolución, convirtiéndose en un abordaje cada vez más común en esta aplicación.

Material y métodos: Se narra la estrategia quirúrgica de un abordaje robótico y otro laparoscópico en dos pacientes con sleeve gástrico laparoscópico y reflujo severo y hernia hiatal, realizándose reparación del hiato y conversión a bypass gástrico proximal en Y de Roux.

Resultados: Comenzamos con el abordaje de los pilares diafragmáticos para iniciar la disección del saco herniario, su posterior disección periesofágica y luxación a la cavidad abdominal. Se abordará inicialmente el pilar derecho o izquierdo en función de las adherencias para minimizar las lesiones iatrogénicas. Se completa la liberación del contenido del saco, facilitando la localización del esófago mediante su tutorización con una sonda de Foucher de 38Fr. y traccionando con un drenaje tipo Penrose en el caso de la cirugía laparoscópica, gesto que no es necesario en la cirugía robótica. Una de las diferencias entre ambos abordajes es la disección mediastínica amplia que nos permite el abordaje robótico, además de mostrarse más segura por permitir una visualización de todas las estructuras de forma más precisa.

El siguiente paso sería la confección del reservorio gástrico, realizándose en estos dos casos *resizing* del mismo (aunque no de forma sistemática). En estos puntos de la intervención, una de las ventajas que nos ofrece el abordaje robótico es la autonomía y el rendimiento de los movimientos que presenta el cirujano, evitando tracciones y manipulaciones que añaden morbilidad a la intervención.

En el caso del abordaje robótico, se completa la resección del remanente gástrico dado el hallazgo de metaplasia gástrica extensa en la biopsia.

A continuación, se realiza la anastomosis gastroyeyunal. En el caso del abordaje robótico se aboga por una anastomosis manual, por la mayor precisión y mayor libertad de movimientos del instrumental permitiendo llevar a cabo una sutura más segura y con menor riesgo de complicaciones.

El siguiente paso difiere según el abordaje: en el caso del abordaje laparoscópico, se realiza la anastomosis yeyunoyeyunal y el cierre de los ojales mesentéricos previo a la transección del cabo yeyunal para la configuración en Y de Roux; en el caso del abordaje robótico, se realiza la transección yeyunal en primer lugar, posteriormente la anastomosis y finalmente el cierre de los ojales. Esta diferencia radica por la mayor versatilidad en los movimientos del robot.

Conclusiones: Tanto la plataforma robótica como la laparoscópica constituyen abordajes seguros en la cirugía bariátrica revisional, siempre en manos de expertos. No obstante, el abordaje robótico simplifica gestos quirúrgicos más complejos de realizar por laparoscopia, lo que se traduce, en la mayoría de casos, en mayor seguridad y menor tiempo quirúrgico.

V-02

PERITONITIS TRAS EDGE EN PACIENTE CON BYPASS GASTRICO

Andrés Cembellín Prieto, Giana Pamela Ibero Casadiego, Jaime Iturbe, Ana Belén Menéndez Corteguera, Emilio López-Negrete Cueto, Raquel Rodríguez Uría, Sandra Sanz Navarro, Lourdes María Sanz Álvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: El bypass gástrico continúa siendo el gold standard en el tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida. En estos pacientes el tratamiento de la coledocolitiasis tras la cirugía bariátrica es un reto. Una alternativa es la realización de una CPRE asistida por laparoscopia (LA-ERCP), mediante la realización de una gastrotomía en el estómago excluido. No obstante en los últimos años se ha descrito la CPRE trasngástrica (EDGE) dirigida por USE, que emplea una prótesis LAMS (lumen-apping metal stent) entre reservorio y remanente gástrico, a través de la cual se logra el acceso a la papila.

Caso clínico: Mujer de 62 años con antecedente de cirugía bariátrica: bypass gástrico proximal laparoscópico en 2017. Ingresa en el Servicio de Digestivo por colelitiasis y coledocolitiasis sintomática, por lo que se realiza CPRE trasngástrica dirigida por USE (EDGE) logrando esfinterotomía y limpieza de vía biliar:

A las pocas horas la paciente presenta dolor abdominal intenso y generalizado, con defensa, y datos analíticos de sepsis. Se realiza TC abdominal que describe neumoperitoneo y liquido libre abundante con perforación (dispositivo Axios en cara superior del estómago excluido, comunicando directamente al espacio subhepático izquierdo)

Se interviene de forma urgente realizando una laparoscopia exploradora, en la que se objetiva perforación del reservorio y del remanente gastrico con prótesis expuesta, así como peritonitis biliar generalizada. Se realiza extracción de prótesis con sutura primaria de ambas perforaciones, así como colecistectomía y lavado abundante de cavidad abdominal.

La evolución fue favorable, siendo alta a domicilio al séptimo día postoperatorio tras cumplir pauta antibiótica indicada.

Discusión: La CPRE trasngástrica (EDGE) dirigida por USE puede ser una alternativa para el tratamiento de la coledocolitiasis sintomática en pacientes con bypass gástrico previo, aunque no está exenta de complicaciones graves tal y como se muestra en el caso clínico presentado. Cabe destacar que este procedimiento era la primera vez que se realizaba en nuestro centro. La CPRE asistida por laparoscopia (LA-ERCP) puede ser una opción más segura, ya que permite realización de la esfinterotomía a través de gastrotomía controlada en remanente gástrico con posterior cierre de la misma, y realización de colecistectomía reglada en el mismo acto quirúrgico, evitando así complicaciones futuras de la litiasis biliar. No obstante requiere planificación y coordinación entre endoscopistas y cirujanos, lo que a veces puede resultar difícil.

V-03

N-SLEEVE, UNA ALTERNATIVA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Teresa Pascual Vicente, Mikel Guerra Lerma, Beatriz Villota Tamayo, Gerardo Moro Portela, Jaime Encinas Gutierrez, Ines Tortosa Garrido, Iratxe Rodeño Esteban, Ibabe Villalabeitia Ateca, Patricia Araceli Mifsut Porcel, Gaizka Errazti Olartekoetxea.

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España.

Objetivos: Revisar la técnica quirúrgica, indicaciones y resultados del N-Sleeve.

Material y métodos: Revisión de la literatura y presentación de un caso realizado en nuestro centro.

Resultados: La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es la técnica más utilizada en cirugía bariátrica, debido a unos excelentes resultados en cuanto a pérdida ponderal con menor morbilidad que el bypass gástrico laparoscópico (BGL), que puede asociar hernia interna, malabsorción o síndrome de dumping. Sin embargo, la GVL puede exacerbar o aumentar el riesgo de aparición de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y esófago de Barret, por ello, cuando se asocian, la técnica de elección es el BGL. No obstante, este último se desaconseja en una pequeña proporción de pacientes, como en la enfermedad inflamatoria intestinal, la existencia de adherencias por cirugías previas o por preferencia del paciente.

Para afrontar el problema del ERGE en estos pacientes, el grupo de Montpellier describió por primera vez en 2013 la técnica N-Sleeve, que combina una funduplicatura Nissen a la GVL para disminuir el riesgo de ERGE. En 2022 presentaron sus resultados con la mayor muestra publicada hasta la fecha con 365 pacientes. Se practicó esta técnica en todos los pacientes intervenidos de GVL con ERGE, reflujo sintomático o sus complicaciones, excluyéndose pacientes con cirugía bariátrica previa y aquellos con IMC>50. Se vio una tasa de complicaciones precoces Clavien-Dindo ≥ 3 del 4,4%. Entre ellas, 6 perforaciones en la funduplicatura (1,6%), 5 hemorragias intraabdominales (1,4%), una dilatación de la funduplicatura con isquemia y una afagia, de los cuales en 9 pacientes (2,6%) fue necesaria la resección del fundus y conversión a GVL. En cuanto a las complicaciones al año, se objetivó disfagia leve en el 4,7% y disfagia crónica con reintervención en el 1,1%. Estas tasas de complicaciones son similares a las de la GVL y como ventaja respecto a esta no se ha visto ningún caso de fístula/fuga de la línea de grapado. Por contra, existen complicaciones específicas de la técnica, como la perforación y dilatación de la funduplicatura.

En cuanto a los resultados de pérdida de peso y ERGE, se vio que el exceso de peso perdido a los 12 meses fue del 77.3% y la tasa de ERGE postoperatoria fue del 5,8%.

Se presenta el caso de una mujer de 53 años con dislipemia, SAHS severo con CPAP y un IMC de 40,8. Clínicamente sin síntomas de ERGE. En el estudio esofagogastroduodenal se objetivó una hernia de hiato con moderado reflujo gastroesofágico y una manometría con motilidad esofágica normal. Se practicó la técnica N-Sleeve descrita por *Nocca*, la cual se visualiza en el vídeo. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, con inicio de tolerancia oral al primer día postoperatorio y alta al cuarto. En controles sucesivos presentó una buena evolución ponderal sin clínica de ERGE ni disfagia.

Conclusiones: La técnica N-Sleeve es segura con una tasa de complicación similar a la GVL y además proporciona un adecuado control del ERGE sin perjudicar la pérdida ponderal, por lo que se posiciona como una alternativa en cirugía bariátrica.

V-04

COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO LINX EN ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA: ¿UNA ALTERNATIVA MENOS INVASIVA AL BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX?

Álvaro Soler-Silva¹, Matías Sepulveda², Ricardo Funke², Camilo Boza².

¹Hospital General Universitario de Elche, Elche, España; ²Clinca MEDS, Santiago de Chile, Chile.

Introducción: Se ha descrito en la literatura que la tasa de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) tras una gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) ronda el 20% [1]. La primera opción es el tratamiento médico [2] y la segunda es la conversión a bypass gástrico en Y de Roux (BGYR), asumiendo el riesgo de morbilidad [3].

En 2013, la FDA aprobó el implante LINX® para ERGE. En la actualidad, no se ha estandarizado el uso del LINX en pacientes con ERGE refractario tras GVL, donde la presión intraluminal es mayor que en una cámara gástrica sin reducir; sin embargo, en los últimos años se ha comenzado a describir su uso en reportes de casos [4, 5]. La implantación del LINX podría ser una alternativa menos invasiva a la cirugía de revisión, como son el BGYR o el SADI-S.

Caso clínico: Varón de 38 años, sometido a GVL previa por obesidad grado II en 2015. Consultó en 2017 por clínica de ERGE y fue diagnosticado mediante endoscopia de esofagitis grado B (Los Ángeles). Se inició tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones. En el control endoscópico (2019) evolucionó a esofagitis grado C con incompetencia cardial HILL II. Con estos hallazgos se decidió tratamiento quirúrgico. El paciente rechazó la cirugía BGYR y se consideró la implantación de LINX.

Resultados: El paciente evolucionó sin incidencias post-operatorias. Un año después, el control endoscópico demostró corrección de la esofagitis a grado A y de los síntomas clínicos compatibles con ERGE.

Conclusión: La implantación del LINX podría ser una alternativa para el tratamiento del ERGE secundario a GVL.

V-05

COLLIS-BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO MODIFICADO: EL PAPEL DE LA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA Y EL VERDE DE INDOCIANINA

Ruth Lopez-Gonzalez, Sergi Sanchez-Cordero, Andrea De Miguel, Jordi Pujol-Gebellí.

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, España.

Introducción: La propuesta quirúrgica combinada de cirugía bariátrica asociada a técnica antirreflujo en casos de pacientes con índice de masa corporal (IMC) superior a 30 kg/m² y con sintomatología severa derivada de la presencia de hernia de hiato aún parece estar en discusión.

Presentamos un caso clínico de la paciente en la que se realiza técnica combinada de funduplicatura asociada a bypass gástrico acompañada de uso de endoscopia intraoperatoria y verde de indocianina.

Objetivos: Descripción de técnica quirúrgica tipo Collis-Bypass gástrico modificado por hernia paraesofágica asociada.

Material y métodos: Mujer de 62 años con antecedentes a destacar de histerectomía y apendicectomía laparoscópica y neoplasia de recto con resección anterior baja tras neoadyuvancia, actualmente libre de enfermedad.

Presenta un índice de masa corporal (IMC) máximo de 37 kg/m². Acude a consultas de cirugía bariátrica por síntomas graves de disfagia secundaria a gran hernia paraesofágica por lo que se decide candidata a cirugía combinada de funduplicatura y bypass gástrico laparoscópico.

La intervención quirúrgica se realiza por vía laparoscópica con una duración total de 180 minutos en los que se realiza reducción del contenido de la hernia paraesofágica tipo III y cruroplastia con posterior creación de reservorio gástrico del bypass realizándose una funduplicatura con el remanente gástrico tipo Collis.

Se realiza endoscopia intraoperatoria para comprobación de la estanqueidad anastomótica y se aplica verde de indocianina para asegurar correcta vascularización. Se reseca parte del reservorio gástrico por baja vascularización.

La paciente fue dada de alta al tercer día sin complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: Es cierto que aún no existe un posicionamiento claro de la literatura ni de las guías clínicas sobre el manejo de la hernia de hiato sintomática en casos de IMC mayor a 30. Sin embargo, es cierto que la obesidad es factor de riesgo tanto para la hernia de hiato como para la sintomatología derivada de esta. Es por ello que consideramos útil la cirugía bariátrica asociada a técnica antirreflujo en el caso de la paciente con IMC superior a 35 kg/m² y gran sintomatología de disfagia.

V-06

CONSIDERACIONES TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA HIATAL EN EL BYPASS GÁSTRICO

María Arteaga Ledesma, Mohamed Hassin Mohamed Chairi, Jennifer Triguero Cabrera, Mónica Mogollón González, Cristina Plata Illescas, María Jesús Álvarez Martín.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Objetivos: El bypass gástrico simplificado en Y de Roux(BGYR) es la técnica de elección para el tratamiento de la obesidad en el paciente con reflujo gastroesofágico(RGE) o patología hiatal. Pese a que es una técnica con los pasos muy estandarizados, el abordaje del hiato de forma concomitante ha generado controversia durante los últimos años.

En este video queremos mostrar determinadas consideraciones técnicas que debemos de tener en cuenta a la hora de abordar estos pacientes.

MATERIAL Y METODOS

Se presenta el caso de tres pacientes que muestran tres situaciones clínicas diferentes, de menor a mayor complejidad.

Se realizó a todos los pacientes un estudio preoperatorio mediante endoscopia digestiva alta(EDA) y tránsito esofagoduodenal(TEGD). Las pruebas funcionales no se realizaron de forma rutinaria.

Se resumen las características clínicas de cada paciente:

Paciente 1: varón de 46 años con IMC=45,78 Kg/m². Presentaba pequeña hernia de hiato(HH), con clínica de RGE ocasional asociada sin necesidad de tratamiento.

Paciente 2: mujer de 52 años que consultó por obesidad(IMC=39,5 Kg/m²) y gran HH tipo III con sintomatología muy florida de RGE a pesar de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones(IBPs).

Paciente 3: mujer de 52 años tratada hace años por RGE mediante la realización de funduplicatura de Nissen. Presentaba IMC=41,69 Kg/m² y cierta persistencia de RGE. La EDA mostró hallazgos de esofagitis grado A.

Resultados: En todos los casos, el abordaje fue laparoscópico. Inicialmente se abordó el hiato, y posteriormente se llevó a cabo el BGYR siguiendo los pasos estandarizados: creación del reservorio gástrico, realización de anastomosis gastroyeyunal, creación de pie de asa, cierre de ojal mesentérico y Petersen y por último sección yeyunal.

Con respecto al abordaje hiatal, se llevó a cabo una técnica lo más estandarizada posible: disección del pilar derecho, sección de membrana freno esofágica, disección del pilar izquierdo, reducción herniaria, creación de ventana retroesofágica e hiatoplastia; pero adaptada al cuadro clínico de cada paciente.

En el caso de HH pequeña, fue crucial mantener los anclajes fisiológicos de la barrera antirreflujo. Sin embargo, en el caso 2(gran HH), una adecuada disección del hiato y mediastino y una reducción completa del saco herniario fueron necesarias. En cuanto a la sección de los vasos cortos, minimizamos en la medida de lo posible la misma; y en casos de sección, realizamos una correcta comprobación del remanente gástrico superior.

La anatomización del hiato, en casos de funduplicatura de Nissen previa(caso 3), fue necesaria previo a la realización de los pasos anteriormente descritos.

Una hiatoplastia, libre de tensión, sobre pilares sólidos fue crucial en todos los casos.

Conclusiones: La prevalencia de RGE y/o patología hiatal en el paciente obeso es cada vez mayor. En numerosas ocasiones, la presencia de HH es una condición preexistente pero no reconocida en estos pacientes.

Por ello una exploración sistemática del hiato, previa a la realización de cualquier técnica bariátrica, debería ser siempre paso obligado a llevar a cabo; considerando, ante la presencia de HH, la hiatoplastia asociada al BGYR como la técnica de elección para el tratamiento de estos pacientes.

V-07

CPRE TRANSGASTROSTOMÍA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN MANEJO DE LA COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO. UNA ALTERNATIVA SIN GRANDES RECURSOS TÉCNICOS

Rafael Gonz. Costea Martínez¹, Elena Romera Barba¹, María Inmaculada Navarro García¹, Nuria María Torregrosa Pérez¹, Cecilia Gijón Román¹, Clara Giménez Francés¹, Beatriz Gómez Molina¹, Elena Crespo Álvarez¹, Julia García Urbán¹, Jose Rodriguez Romera².

¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España; ²Universidad de Valencia, Valencia, España.

Objetivos: La cirugía bariátrica representa el tratamiento más efectivo para la obesidad en la actualidad. Los beneficios asociados a la propia cirugía son innumerables y favorecen la mejoría y resolución de muchas de las comorbilidades asociadas. Sin embargo, los cambios anatómicos creados en las técnicas mixtas como es el bypass gástrico en Y de Roux (BPG) pueden condicionar la resolución de la coledocolitiasis. Todo ello impide el uso de técnicas convencionales y hace necesario el uso de métodos de tratamiento más complejos que incluso en ocasiones requieren un abordaje multidisciplinar. Presentamos el caso de una paciente portadora de un BPG con diagnóstico de colelitiasis y coledocolitiasis en la que se realizó un abordaje laparoscópico y CPRE a través de gastrostomía con trócar de balón. .

Material y métodos: Mujer de 50 años con antecedente de BPG asistido por robot en marzo de 2022, remitida a nuestra consulta desde atención primaria por dolor en hipocondrio derecho de 3 meses de evolución, y elevación de transaminasas en la analítica. Se realizó ecografía abdominal hallando colelitiasis, y colangiografía que informó de colelitiasis y dilatación de vía biliar secundaria a molde litiasico en colédoco distal.

Resultado: Se decidió realizar una colecistectomía laparoscópica programada con CPRE a través de gastrostomía. El acceso laparoscópico se realizó de forma habitual con cuatro puertos, utilizando un trócar de 15mm con balón en el hipocondrio izquierdo. Se realizó una exploración rutinaria de la cavidad abdominal y liberación de adherencias de la cirugía previa. Se identificó el cuerpo del remanente gástrico y se realizó la gastrostomía por la que se introdujo el trócar de 15mm con balón, anclando éste a la pared abdominal e introduciendo a este nivel el duodenoscopio. Se avanzó a través del píloro y se localizó la papila mayor, se canuló la vía biliar, realizando colangiografía que evidenció múltiples cálculos en vesícula biliar y un defecto de repleción en colédoco medio. Se realizó esfinterotomía y extracción del molde con catéter balón. La colangiografía posterior demostró la ausencia de litiasis. Posterior a este procedimiento, se realizó colecistectomía laparoscópica utilizando el verde de indocianina para mejor identificación de la vía biliar. La paciente fue alta a las 48 horas del procedimiento sin complicaciones.

Conclusiones: El bypass gástrico en Y de Roux es una técnica que dificulta el posterior acceso a la vía biliar, por lo que el tratamiento de la coledocolitiasis en estos pacientes puede ser un reto terapéutico. La CTPH constituye una alternativa frente a la vía endoscópica tradicional mediante CPRE, aunque precisa una vía biliar intrahepática dilatada y un equipo con experiencia. El uso convencional del duodenoscopio es limitado por la corta longitud y la incapacidad de alcanzar la papila mayor, debido a la anatomía alterada. Una opción es el uso de endoscopios más largos, como lo es el colonoscopio o el uso de enteroscopios, si bien el problema de estos equipos es que al tener visión frontal a pesar de alcanzar la papila, la canulación del conducto biliar es complicada, además de precisar accesorios especiales no disponibles en todos los centros. Una alternativa es el acceso a través de una gastrostomía laparoscópica con el duodenoscopio, para realizar una CPRE con una buena tasa de éxito, sin precisar de material especial salvo un trócar de 15mm con balón.

V-08

CIRUGÍA REVISIONAL POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y MAL CONTROL DEL PESO TRAS BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX

Carmen Rodríguez Haro, María Hernández O'reilly, Inmaculada Mellado Sánchez, Juan Gajda Escudero, Carolina Peck, Esther Ferrero Celemín, Fátima Sánchez-Cabezudo Noguera, J. Daniel Sánchez López, José María Gil López, Antonio L. Picardo Nieto.

Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes, España.

Objetivos: El bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) es una técnica bariátrica efectiva en el control del peso y las comorbilidades, como el reflujo gastroesofágico (RGE), muy prevalente en los pacientes obesos. La cirugía revisional cuando fracasa supone un reto para el cirujano bariátrico. El objetivo de este vídeo es presentar una cirugía revisional por mal control del peso y RGE tras un BGYR.

Material y métodos: Varón de 49 años intervenido en 2015 de BGYR con un IMC 37,3kg/m² y antecedentes de SAOS, dislipemia, Von-Willebrand y RGE. Consigue un IMC mínimo de 29,4kg/m² durante el primer años, posteriormente gana peso alcanzando un IMC de 40,5kg/m² en 2023. Los síntomas del RGE empeoran progresivamente. Se completa el estudio con una pHmetría que demuestra un reflujo patológico grave (tiempo total de exposición pH <4 41,1%, DeMeester 177,9), manometría que describe un esfínter esofágico inferior hipotenso y un TC y un tránsito en los que se visualiza un reservorio gástrico dilatado por encima del hiato esofágico.

Resultados: Se indica una cirugía de revisión en diciembre de 2023. Como se muestra en el vídeo, tras liberar adherencias y disecar el hiato, se visualiza el reservorio gástrico herniado y dilatado. Se reduce logrando 3 cm de esófago intraabdominal y se realiza un cierre de los pilares calibrado con una sutura barbada irreabsorbible. Se realiza un "re-sizing" de la anastomosis gastro-yeyunal y del reservorio gástrico incluyendo el "candy cane". Se realiza una funduplicatura tipo Nissen con el remanente gástrico fijada con una sutura barbada irreabsorbible. Tras esto, se cuenta todo el intestino hasta la válvula ileocecal, presentado: 110cm de alimentaria, 45cm de biliopancreática y 670cm de asa común (longitud total del intestino 825cm). Se decide distalizar el bypass dejando 300 cm de asa común, para lo que se secciona el asa alimentaria justo proximal a la anastomosis del pie de asa y se añaden 370 cm de asa común al asa biliar. Se realiza un nuevo pie de asa entre el asa biliar alargada y el asa alimentaria. En total queda un asa alimentaria de 110 cm (la original), un asa biliar de 415 cm (45 cm originales + 370 cm de la común) y un asa común acortada a 300 cm. Se cierran los defectos mesentéricos con sutura barbada irreabsorbible. La pieza se extrae en bolsa a través de la incisión del trócar de 12 mm del lado izquierdo del paciente. Sin complicaciones intra o postoperatorias inmediatas, el paciente es dado de alta al segundo día postoperatorio y en la revisión del primer mes niega clínica de reflujo y no presenta disfagia.

Conclusiones: La funduplicatura tipo Nissen con el remanente gástrico asociada a un cierre calibrado de los pilares diafragmáticos consideramos que es una técnica segura y eficaz para el tratamiento del RGE tras BGYR.

La medición de las asas en la cirugía revisional por mal control de peso creemos que es un paso esencial y distalizar el bypass como en este caso puede ser una buena solución al mal control del peso.

V-09

CIRUGÍA DE LA HERNIA INTERNA POR PASOS PARA EL CIERRE CORRECTO DE ORIFICIOS TRAS BYPASS GÁSTRICO

Pilar Vázquez González, Pablo Ezequiel Finno, Cristina Barragán Serrano, Jorge Vinicio Saavedra, Juan Bernar De Oriol, Karin Lux, Maria Fraile Vilarrasa.

Hospital General de Villalba, Collado Villalba, España.

Objetivos: Las hernias internas son una complicación tardía frecuente en la cirugía bariátrica de bypass gástrico (BPG), especialmente por vía laparoscópica o robótica, con una incidencia que llega hasta el 12% en algunas series. Existen tres puntos en los que se pueden producir las hernias: el defecto del mesocolon transverso, el espacio de Petersen y de la yeyuno-yeyunostomía

Su etiología se relaciona de forma directa con las grandes pérdidas de peso y grasa intraabdominal que ocurre en el postoperatorio de esta cirugía, ya que favorece el aumento del tamaño de los defectos mesentéricos incluso con un adecuado cierre de los orificios en la cirugía primaria. Su clínica es inespecífica por lo que suelen diagnosticarse sus complicaciones. Se caracteriza por un dolor abdominal inespecífico que se intensifica típicamente con las comidas. En este contexto la sospecha diagnóstica es fundamental para indicar una intervención quirúrgica que será diagnóstica y terapéutica. Es importante conocer esta patología para realizar un tratamiento óptimo a tiempo, evitando resecciones intestinales masivas por el retraso diagnóstico de la misma. Del mismo modo, el tratamiento laparoscópico de las hernias internas, generalmente en el contexto de urgencias, supone un desafío para el cirujano, debido a la complejidad que supone la buena identificación del nuevo montaje

Material y métodos: Pretendemos dar a conocer, y ejemplificar el tratamiento quirúrgico óptimo de la hernia interna por vía laparoscópica, paso por paso, a partir de este caso clínico.

Resultados: Varón de 62 años, con antecedentes de interés de obesidad grado III y SAOS con CPAP, intervenido de BPG laparoscópico en 2019 después de completar el protocolo de cirugía bariátrica de nuestro centro.

Tres años y medio más tarde, tras una pérdida de peso de 72 kgs, el paciente comienza con un cuadro clínico de dolor abdominal y distensión postprandial que mejora con el reposo alimentario. Tras realizar estudio completo, donde se descartan otras complicaciones asociadas a esta cirugía como la úlcera marginal, con una imagen de TC sugestiva de hernia interna se decide cirugía electiva de revisión.

Identificación de hernia interna por espacio de Petersen y pie de asa con asas intestinales viables (sin datos de isquemia transmural) en su interior. Se realiza una reducción herniaria desde íleon terminal para objetivar el correcto montaje del pie de asa y se reducen asas intestinales de ambos espacios sin complicación. Posteriormente, se realiza el cierre de espacio de Petersen y la brecha mesentérica con puntos sueltos irreabsorbibles. El postoperatorio cursa sin incidencias y nueve meses más tarde el paciente se mantiene asintomático sin nuevos episodios de dolor ni clínica sugestiva de recidiva

Conclusiones: Las hernias internas tras el BPG pueden suponer un desafío para el cirujano de urgencias. Proponemos la sistematización de la cirugía por pasos con identificación inicial de íleon terminal y asa común del BPG para la reducción correcta de la hernia interna, identificación del asa biliar y alimentaria y cierre posterior de los orificios herniarios con puntos sueltos de sutura irreabsorbible, como opción terapéutica fácilmente reproducible y segura.

V-10

CIRUGÍA REVISIONAL POR ULCERA MARGINAL COMO COMPLICACIÓN TRAS BYPASS EN Y DE ROUX

David Castrodá Copa, Antonia Brox Jimenez, María Artime Rial, Lara Pérez Corbal, Veronica Costas Fernández, Elena Lois Silva, Miguel Lladro Esteve, Leire Otalora Mazuela, Alberto Parajó Calvo.

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España.

Introducción: El bypass gástrico en Y de Roux (BGRY) laparoscópico junto a la gastrectomía vertical son las técnicas quirúrgicas más frecuentemente empleadas en cirugía bariátrica. Dentro de las complicaciones tardías asociadas, se encuentra la úlcera marginal (UM), definida como aquella úlcera que se origina habitualmente en la vertiente yeyunal, próxima a la anastomosis gastroyeyunal. Se ha descrito en la literatura una incidencia variable entre el 0,6 y el 16%.

La fisiopatología es multifactorial, se ha comprobado su relación con la hipersecreción ácida, el tamaño del reservorio gástrico, el paso rápido del bolo ácido o el uso de material de sutura no absorbible. Entre los factores de riesgo asociados al paciente se encuentran, el tabaquismo y la toma de AINE. El manejo terapéutico inicial, se basa en el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) mientras que el tratamiento quirúrgico, se reserva para casos refractarios, recidivantes o complicaciones agudas de los mismos.

Presentamos el caso de una paciente con una úlcera marginal tras bypass gástrico refractaria a tratamiento médico, la cual fue sometida a una cirugía revisional y confección de una nueva anastomosis.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico con iconografía y el video de la última intervención

Resultados: Mujer de 40 años con un IMC de 40.1 kg/m² con DM2 de 10 años de evolución, es derivada desde Endocrinología por obesidad mórbida. Tras realización de los estudios preoperatorios y de una rehabilitación adecuada se interviene a la paciente de bypass laparoscópico sin incidencias. Tras unos primeros meses postoperatorio con una buena evolución y pérdida ponderal, la paciente comienza con clínica de intolerancia oral incluso a líquidos requiriendo ingreso para dilataciones endoscópicas. Evidenciando incidentalmente en las últimas endoscopias, una úlcera en la vertiente yeyunal de la anastomosis gastroyeyunal. Posteriormente tras el alta no se consigue una resolución completa de la clínica a pesar del tratamiento con IBPs orales y dieta líquida requiriendo un nuevo ingreso, iniciando perfusión de omeprazol y antibioterapia empírica para cobertura de H. Pylori.

Tras esto evoluciona correctamente, permitiendo inicio de dieta oral hasta alcanzar dieta pastosa progresivamente.

En los meses posteriores se realiza endoscopias de control, objetivando persistencia de la úlcera descrita previamente y sin conseguir una resolución clínica completa por lo que se sugiere a la paciente una cirugía revisional, la cual acepta la paciente.

Se realiza una cirugía revisional y se confecciona una nueva gastroenteroanastomosis sin incidencias. En los primeros meses tras el alta la paciente evoluciona correctamente sin presentar similar clínica hasta el momento.

Conclusiones: La úlcera marginal secundaria a cirugía bariátrica es una complicación poco frecuente, que se presenta de forma precoz. Es esencial conocer los factores de riesgo asociados en su patogenia, en especial aquellos modificables, para fomentar su prevención.

V-11

ACHALASIA EN EL PACIENTE BARIATRICO. UNA ASOCIACION NO TAN INFRECUENTE

Carolina Peck García, José Daniel Sánchez López, Juan Gajda Escudero, María Hernandez O'reilly, Inmaculada Mellado Sánchez, Carmen Rodríguez Haro, Esther Ferrero Celemin, Luis García-Sancho, Antonio Luis Picardo, Fátima Sánchez-Cabezudo.

Hospital Infanta Sofia, San Sebastian de los Reyes, España.

La acalasia es un trastorno de la motilidad esofágica que consiste en la ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) con la deglución por degeneración del plexo mientérico y peristalsis defectuosa del esófago. El cuadro clínico de esta patología se caracteriza por la presencia de disfagia progresiva, pirosis, dolor torácico, regurgitación y alteraciones nutricionales. El diagnóstico de acalasia se debe realizar por medio de gastroscopia, manometría y tránsito baritado. El tratamiento de la acalasia se dirige a paliar los síntomas y las posibilidades de tratamiento incluyen: inyección de toxina botulínica, dilatación neumática, miotomía endoscópica (POEM) y miotomía de Heller.

Los trastornos motores esofágicos, como la acalasia, se dan con poca frecuencia en los pacientes que sufren obesidad mórbida; sin embargo, en los últimos años se ha observado un aumento de pacientes que presentan acalasia y obesidad llegando a darse hasta en un 0,5-1% de los pacientes. La combinación de ambas patologías se ha descrito de forma concomitante tanto en pacientes obesos no operados, como en consecuencia de la cirugía bariátrica.

Presentamos a un varón de 44 años operado de by pass gástrico en 2021 con un peso previo a la cirugía de 118,9kg y un IMC de 44,2 y con un peso en ese momento de 67 kg y un IMC de 24,9 que acude a las consultas del Servicio de Digestivo por disfagia baja para sólidos de forma continua, de varios meses de evolución, con sensación de "stop" retroesternal ocasional que se resuelve de forma espontánea. Asocia ocasionalmente regurgitación de comida no digerida. Dada la clínica que presentaba el paciente, se realizó un estudio de disfagia con gastroscopia, manometría y tránsito baritado, con los siguientes resultados:

Gastroscopia: Se aprecian restos de comida que se aspiran. Se aprecia ligera estenosis en unión gastroesofágica con progresión del endoscopio sin dificultad al paso.

Manometría: EEI con tono basal levemente aumentado y ausencia total de la relajación durante las degluciones, compatible con acalasia clásica en un 100% de las degluciones.

Tránsito baritado: esófago aumentado de diámetro de forma difusa con marcado afinamiento distal, de contornos lisos y apariencia en "cola de ratón".

Con el diagnóstico de acalasia se propone al paciente para cirugía electiva. Se realizó una miotomía de Heller modificada por vía laparoscópica con una extensión de 6 cm en cara anterior esofágica, ampliada 3-4 cm en el reservorio gástrico. Tras dos días de ingreso el paciente fue dado de alta con buena tolerancia oral. En la revisión en consulta a los 2 meses de la cirugía, el paciente mantenía buena tolerancia para sólidos y líquidos.

Se ha propuesto como causa de achalasia tras un bypass gástrico tanto el trauma quirúrgico como la potencial lesión de los nervios vagos durante la disección y preparación del reservorio gástrico. La ausencia de estudios esofágicos funcionales preoperatorios, como la manometría o pHmetría en la mayoría de los pacientes hace difícil determinar la incidencia real de esta patología y su relación cronológica con la cirugía bariátrica.

V-12

REPARACIÓN DE HERNIA DE HIATO Y NISSEN SLEEVE

Débora Acín Gándara, Manuel Medina, Natalia Rodríguez-Blázquez, Elena Ruiz-Úcar, Fernando Pereira.

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España.

Objetivo: Presentar el vídeo de una cirugía bariátrica menos frecuente, como es el Nissen-Sleeve, asociado a la reparación de una hernia de hiato.

Material y métodos: CASO CLÍNICO: Mujer de 48 años con diagnóstico de obesidad mórbida que es valorada para tratamiento quirúrgico.

Como antecedentes personales presenta una glucemia basal alterada, dislipemia y SAOS (IAH 22.6) con CPAP. También déficit de vitamina D con hiperparatiroidismo secundario, osteopenia femoral y lumbar. Refiere tener hernia de hiato y reflujo gastroesofágico en tratamiento crónico con lansoprazol 15 mgr cada 24 h. Cirugías Previas: ooforectomía izquierda y parcial derecha por tumor benigno, abdominoplastia y liposucción.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Peso 106 Kg. Talla 152 cm. IMC 46 Kg/m.2

Abdomen: laparotomía media supraumbilical, cicatriz de pfannenstiel y biiliaca.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- ECOGRAFÍA DE ABDOMEN: esteatosis hepática leve grado 1.
- ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: hernia de hiato con paso de pliegues gástricos y transición mucosa desplazada. Probable reflujo. No signos de esofagitis.
- TEST DE ALIENTO PARA H. PYLORI: negativo.
- INFORME PSIQUIÁTRICO: No se aprecia psicopatología en la exploración ni otras circunstancias que aconsejen contraindicar su inclusión en el programa de cirugía bariátrica.
- COMPLETADA EVALUACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.
- SESIONES FINALIZADAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA Y NUTRICIÓN.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: se realiza reparación de hernia de hiato y Nissen-Sleeve laparoscópico. Neumoperitoneo con aguja de Veress, colocación de 4 puertos (12mm hipocondrio derecho, 11mm y 12mm hipocondrio izquierdo, 5mm flanco izquierdo, separador hepático subxifoideo), adhesiolisis por adherencias de epiplón a cicatriz de laparotomía media. Reparación de hernia hiatal y cierre de pilares con 2 puntos de ethibond 2/0. Nissen-Sleeve: realizando funduplicatura de Nissen con 3 puntos de ethibond 2/0 y sección gástrica tutorizada con sonda de 39Fr reforzada. Test de estanqueidad con azul de metileno.

Resultados: - POSTOPERATORIO: sin incidencias, siendo dada de alta el 2º día postoperatorio con buena tolerancia oral.

- EVOLUCIÓN: favorable, con buena tolerancia oral, sin síntomas de RGE y un peso al mes de la cirugía 87 Kg. IMC 37,7 Kg/m2.

Conclusiones: El Nissen-Sleeve es una técnica factible y útil para pacientes en los que está indicado realizar una gastrectomía vertical pero presentan ERGE o hernia de hiato. Es interesante conocerla y poder ofrecérsela a estos pacientes.

V-13

ESTANDARIZACIÓN DE SADI-S ROBÓTICO. TIPS AND TRICKS

Irene Vázquez González González, Rocio González López, Gisela Navarro Quirós, María Conde Rodríguez, Abel García Melón, Patricia Lenza Trigo, Mariaclaudia Ocharán Puell, Natalia De La Puente Mota, Candela López Vázquez, José Conde Vales.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

Objetivo: Presentación de un caso de obesidad extrema sometido a cirugía de obesidad.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 45 años con obesidad mórbida. Entre sus antecedentes destacan dislipemia, hipertensión de difícil control y SAOS. Seguida por Reumatología por esclerosis sistémica y Raynaud sin criterios de lupus. Entre las cirugías previas constan colecistectomía, cesárea con cierre por segunda intención y túnel carpiano. Es valorada en consultas, donde se evidencia un peso inicial de 121 kg y un IMC de 51. A la exploración presenta un abdomen globuloso, con cicatriz de laparotomía media infraumbilical y cicatrices de trócares de laparoscopia. Se realizó estudio ecográfico, con esteatosis hepática. Se realiza gastroscopia y se visualizan lesiones eritematosas antrales, de las que se toma muestra para biopsia con resultado negativo. Valorada por Neumología, evidencian SAOS moderado con necesidad de CPAP. Asimismo, es valorada por Reumatología que no encuentra contraindicación quirúrgica. Apta por psicología y psiquiatría. Se presenta en comité multidisciplinar y se decide SADI-S, siendo realizado mediante abordaje robótico y dentro de protocolo Fast-track. Se utilizaron 4 puertos robóticos y un trócar de asistencia para el ayudante. Se realizan secuencialmente los siguientes pasos: apertura de la transcavidad de los epiplones y sección de vasos cortos hasta el pilar izquierdo, gastrectomía vertical con cargas protegidas robóticas, disección duodenal, sección del duodeno, medición desde íleon terminal, anastomosis duodenoileal mecánica, comprobación de estanqueidad y comprobación vascular con verde de indocianina.

Resultados: La paciente evolucionó favorablemente pudiendo ser dada de alta al segundo día postoperatorio. Actualmente es seguida en consultas con buena evolución clínica y adecuada pérdida ponderal.

Conclusiones: La obesidad es actualmente una epidemia declarada por la OMS con un aumento del número de casos tanto en población infantil como adulta. La importancia de esta patología radica en que asocia múltiples comorbilidades, que suponen un aumento de enfermedades cardiovasculares, como son la dislipemia y la hipertensión que presenta nuestra paciente. Es por ello que la cirugía metabólica juega un papel fundamental en el tratamiento de estos pacientes. Se han ido desarrollando nuevas técnicas, entre las que encontramos el SADI-s. Esta técnica consiste en una modificación de la derivación biliopancreática con cruce duodenal en la que se busca simplificar el procedimiento, realizando una única anastomosis, y disminuyendo con ello el riesgo de complicaciones. La pérdida de peso relacionada con esta técnica se basa en un triple componente restrictivo, malabsortivo y hormonal. Esta técnica puede utilizarse como de primera elección en pacientes obesos con síndrome metabólico pero también se ha descrito como segundo tiempo de una gastrectomía vertical o incluso como cirugía de revisión tras una reganancia ponderal. Se ha demostrado en la literatura que la técnica es efectiva no solo en la pérdida de peso si no en la mejoría de las comorbilidades asociadas, como la DM2 y la dislipemia o el SAOS; comportando además menores riesgos postoperatorios por su mayor sencillez técnica que otros procedimientos malabsortivos como el cruce duodenal.

V-14

GASTRECTOMIA VERTICAL POR PUERTO UNICO ASISTIDA POR SEPARADOR HEPATICO MAGNETICO

Carlos J Ferrigni Gonzalez¹, Alejandro Garcia Muñoz Najar¹, Tamara Díaz Vico¹, Guillermo Borjas², Camilo Castellon Pavon¹, Silvia Sanchez Infante¹, María Teresa Perez Domene¹, Manuel Duran Poveda¹.

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España; ²Clinica La Sagrada Familia, Maracaibo, Venezuela.

Objetivos: Actualmente la gastrectmia vertical (GV) es la cirugía más realizada en el mundo para el tratamiento quirurgico de la obesidad y sus comorbilidades asociadas. Por otro lado el abordaje por puerto único ofrece una alternativa a este procedimiento con el beneficio cosmetico para el paciente y parece existir menor dolor postoperatorio. Existen diferentes técnicas y dispositivos para lograr una correcta exposición del campo quirurgico.

Materiales y métodos: Presentamos nuestra técnica de GVl por puerto único asistida por retractor hepatico magnetico en una paciente con IMC de 38 kg/m², sin comorbilidades asociadas.

Resultados: El tiempo quirurgico fue de 65 minutos, se realizo un abordaje transumbilical con puerto único utilizando dos canales de trabajo de 10mm y 1 de 12mm. Se utilizo un iman interno para la separación del lobulo hepático izquierdo y luego el mismo iman interno para la movilización de la curvatura mayor y así facilitar la liberación de adherencias de cara posterior y por ultimo para la sección gástrica, se utiliza un iman externo para lograr movilizar el iman interno. No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. La paciente fue dada de alta al primer día de postoperatorio. No ha habido complicaciones en el seguimiento a los 12 meses de seguimiento. Actualmente la paciente presenta un IMC de 26 kg/m².

Conclusión: En pacientes seleccionados, la GV por puerto único es una técnica segura, reproducible y que ofrece los mismos resultados a la técnica laparoscopia convencional agregando el beneficio cosmético añadido. La utilización del separador magnético permite una mejor exposición del campo quirurgico sin agregar puertos extras permitiendo un procedimiento más comodo y seguro.

V-15

REGANANCIA PONDERAL TRAS BPGL. TIPS Y PUNTOS CLAVE EN LA CIRUGÍA REVISIONAL

Marta López Otero¹, Rebeca Maruri Aldaz², Ignacio Maruri Chimeno¹, Isabel Otero Martínez¹, M^a Hermelinda Pardellas Rivera¹, Sonia González Fernández¹, Patricia Jove Alborés¹, Raquel Sánchez Santos¹.

¹Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España; ²Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Objetivos: La cirugía revisional tras un procedimiento bariátrico es una realidad a la que se enfrentan los equipos especializados desde hace años pero ¿Qué es lo que ocurre para que no se logren los objetivos esperados? ¿Hemos elegido bien la técnica bariátrica primaria? ¿Debemos cambiar de técnica o hacer un re-do mejorando puntos clave?

Material y métodos: Presentamos en formato vídeo el caso de una paciente de 50 años con diagnóstico de obesidad mórbida (IMC 49) a la que en 2021 se le realiza un bypass gástrico laparoscópico. Tras una buena pérdida de peso inicial con un peso NADIR a los 12 meses de 108 kg (IMC 40) inicia una reganancia ponderal hasta recuperar un IMC de 44 kg/m². Tras realizar un estudio diagnóstico adecuado que incluye gastroscopia y un tránsito esofagogástrico se evidencia una dilatación de la anastomosis gastroyeyunal y la presencia de un candy cane. El caso es presentado en el comité multidisciplinar y se decide llevar a cabo una cirugía de revisión.

Resultados: Tras 24 meses de la cirugía bariátrica primaria, la paciente es intervenida realizándose una resección de la anastomosis gastroyeyunal que incluye el candy cane, un alargamiento del asa biliopancreática y una nueva anastomosis gastroyeyunal de menor calibre mediante endograpadora circular (EEA 21 mm). La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta al tercer día postoperatorio. En su revisión a los 2 meses de la intervención presenta una pérdida ponderal prometidora.

Conclusiones: Así como aumenta anualmente el número de intervenciones bariátricas sobre el paciente obeso aumenta también el número de pacientes sobre los que no se consigue el resultado esperado, bien por pérdida insuficiente de peso, por reganancia ponderal o por no lograr una corrección o mejoría suficiente sobre sus comorbilidades asociadas.

En estos casos es primordial conocer con detalle la cirugía bariátrica primaria realizada, llevar a cabo un buen estudio diagnóstico de cara a valorar cuáles han podido ser los puntos clave en el "fallo" de la técnica, discutir cada caso en un comité multidisciplinar observando qué opciones médicas o quirúrgicas podemos ofertar al paciente y, en caso de decantarnos por una revisión quirúrgica, ofrecer una cirugía ad hoc para cada caso.

Con vistas a minimizar la posible morbilidad quirúrgica, la intervención debe ser realizada preferiblemente por cirujanos expertos en procedimientos bariátricos, teniendo en cuenta la dificultad extra que implica la cirugía revisional y una anatomía quirúrgica primaria específica.

V-16

REFLUJO GASTROESOFÁGICO(RGE) TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL(GV) CONVERSIÓN A BY PASS GÁSTRICO ASISTIDO POR CIRUGÍA ROBÓTICA

David Castrodá Copa, Antonia Brox Jiménez, María Artime Rial, Lara Pérez Corbal, Verónica Costas Fernández, Elena Lois Silva, Miguel Lladro Esteve, Leire Otalora Mazuela, Alberto Parajó Calvo.

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España.

Introducción: En la actualidad la gastrectomía vertical (GV) es el procedimiento bariátrico más realizado a nivel mundial. A pesar de sus excelentes resultados en cuanto a la pérdida de peso y resolución de comorbilidades, es una técnica no exenta de complicaciones potencialmente graves. Sin embargo, una de las mayores preocupaciones en torno a ella es su presumible condición reflujogénica. La reducción del volumen gástrico, la resección completa del fundus y la disección de las fibras de la unión esofagogástrica que comprometen la eficiencia del esfínter esofágico inferior (EEI) podrían incrementar la exposición de ácido al esófago. Algunos estudios indican que la cirugía de conversión por fallo es necesaria en el 5-11% de los casos y el bypass gástrico en Y de Roux ha sido propuesto como tratamiento adecuado. Presentamos el caso de una paciente intervenida previamente de GV y posterior desarrollo de RGE mal controlado en la que realizamos conversión a bypass gástrico asistida por cirugía robótica.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico con iconografía y el video de la última intervención

Resultados: Mujer de 44 años con un IMC de 44.8 kg/m² sin antecedentes médicos de interés derivada a la consulta de Cirugía Bariátrica desde endocrino por obesidad mórbida. Tras realizar una exhaustiva anamnesis y explicar pautas de dieta y ejercicio se solicitan estudios preoperatorios, que incluye gastroscopia, ph-metria, Helicobacter Pylori, eco abdomen. Pruebas complementarias sin alteraciones destacables por lo que se explica abanico terapéutico y la paciente indica preferencia por realización de la gastrectomía vertical. Se realiza una gastrectomía vertical laparoscópica sin incidencias con buena evolución en los meses posteriores a la cirugía con una pérdida de peso de -20kg tras la cirugía. A partir del 1 año de la cirugía la paciente comienza con clínica de RGE que no controla a pesar de la dieta y medicación, reganando peso. Ante esta evolución se decide conjuntamente con la paciente cirugía de 2º tiempo. Se realiza conversión a bypass asistido por cirugía robótica sin incidencias, con buena evolución en el postoperatorio inmediato. En las últimas revisiones la paciente no presenta clínica de reflujo ni reganancia ponderal.

Conclusiones: La cirugía de revisión bariátrica es técnicamente complicada y tiene tasas de complicación mayores que la cirugía bariátrica primaria. Sin embargo, la revisión asistida por cirugía robótica es un procedimiento novedoso y factible que permite realizar disecciones más precisas que puede ofrecer buenos resultados en la resolución de las complicaciones y que debe considerarse cuando nos encontramos frente a un paciente con presencia de reflujo gastroesofágico e inadecuada pérdida ponderal.

V-17

CIRUGIA DE REVISION POR ULCERA DE BOCA ANASTOMOTICA: ABORDAJE ROBOTICO

Ramón Corripio Sánchez, María Alexandra Heras Garceau, Federico Del Castillo Díez, Pablo Arteaga Asensio, Luis Asensio Gómez, Constantino Fondevila Campo, María Recarte Rico.

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: La úlcera marginal es una complicación conocida del bypass gástrico, tiene como factores predisponentes la infección por *Helicobacter pylori*, diabetes y tabaquismo. Existe poca evidencia científica de calidad pero parece que el abordaje robótico en la cirugía revisional aporta una mayor precisión en la disección y manejo de los tejidos.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer con IMC 47 Kg/m² con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial como comorbilidades asociadas intervenida de bypass gástrico en febrero de 2023 y que desarrolló una úlcera de boca anastomótica 8 meses después, manifestándose con hematemesis y dolor abdominal. No tenía antecedentes de tabaquismo ni de ingesta de AINES.

Resultados: Tras el fracaso del tratamiento médico y progresión de la sintomatología por aumento de la disfagia se llevó a cabo la resección de la anastomosis gastroyeyunal mediante abordaje con el sistema robótico Da Vinci, seguida de reconstrucción con una nueva anastomosis laterolateral mecánica. La evolución postoperatoria fue favorable siendo dada de alta al tercer día.

Discusión: La úlcera de boca anastomótica aparece con una frecuencia de un 3 a 7 % según la literatura en las anastomosis laterolaterales mecánicas siendo algo más frecuente en las anastomosis circulares. Los factores predisponentes son la infección por *Helicobacter pylori*, el tabaquismo y la diabetes mellitus. La paciente no era fumadora y no refería ingesta de AINES o corticoides, la diabetes estaba en remisión tras la adecuada pérdida de peso no requiriendo antidiabéticos orales en el momento del diagnóstico. La sintomatología más común incluye el dolor abdominal, náuseas, vómito y disfagia. Ante el fracaso del tratamiento médico la revisión quirúrgica es la mejor opción resecando la anastomosis y realizando una nueva garantizando la buena vascularización de ésta ya que, en nuestro caso, el origen más probable parece isquémico.

Conclusiones: La paciente, no fumadora y sin historial de ingesta de AINES, destaca el carácter multifactorial de los casos. La cirugía robótica es un abordaje factible que facilita las reintervenciones tanto por la visión como por la capacidad de disección con mayor seguridad.

V-18

TOUPET Y MINIGASTRIC ¿ALTERNATIVA O SOLUCIÓN?

Yannko Gonzalez Dominguez, Andres Javier Tomàs Gomez, Francisco Javier Espinosa Lopez, Daniel Triguero Canovas, Alejandro Ros Comesaña, David Ferreras Martinez, Ana Maria Fernandez Frias, Mercedes Bernabeu Miralles, Isabel Galindo Benito, Maria Sol Bagnaschino Pose.

Hospital de Torrevieja, Torrevieja, España.

Objetivos: Demostrar la eficacia de la Funduplicatura parcial tipo Toupet en la resolución de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (RGE), biliar y en la reganancia de peso en una paciente joven con obesidad mórbida sometida a bypass gástrico de una sola anastomosis (MGBPL).

Material y métodos: Mujer de 29 años con IMC 40,92, sin comorbilidad asociada, pero historia de RGE, esofagitis grado C y hernia de hiato tipo I. Es sometida a intervención laparoscópica de obesidad mórbida con realización de Mini Gastric bypass a 180 cms y anastomosis gastroyeyunal manual biplano con vlock 2/0 y 3 /0. Se asocia procedimiento de Toupet 270º y cierre de pilares diafragmáticos con seda 1/0. La paciente evoluciona satisfactoriamente siendo alta en el 4º día postoperatorio.

Resultados: Actualmente con IMC de 25,92 tras 11 meses de la intervención quirúrgica, la paciente se encuentra completamente asintomática desde el punto de vista del RGE y biliar, con peso estable hasta la fecha.

Discusión: Desde septiembre de 1997, con la creación fortuita de la técnica de bypass gástrico de una sola anastomosis, y siendo a día de hoy el tercer procedimiento más realizado a nivel internacional, se ha observado, tras un incremento en el número de publicaciones en los últimos años, que el porcentaje de reflujo biliar que padecen estos enfermos, alcanza en algunos casos del 2 al 10 %. Una de las alternativas a este efecto y a la reganancia ponderal ha sido la realización de Funduplicatura 360º tipo Nissen al remanente gástrico utilizando el estómago excluido tras liberar los vasos breves, con buenos resultados. Sin embargo, la técnica actualmente publicada obliga a la fijación del estómago al remanente, efecto que se realiza de igual manera en la Funduplicatura tipo Toupet con similares resultados en cuanto a control del reflujo, aportando una disminución en la incidencia de disfagia postoperatoria en comparación con la técnica de Nissen. Es por ello, que pensamos que la Funduplicatura tipo Toupet une los dos conceptos, aportando una disminución de los efectos adversos de la Funduplicatura 360 y manteniendo los beneficios de ambas técnicas.

Conclusiones: Con la creación de esta técnica Híbrida, consideramos que se mejoran los resultados en el tratamiento de los pacientes con obesidad mórbida con RGE y/o hernia de hiato asociados, y que están en riesgo en el mediano y largo plazo de sufrir reflujo biliar y reganancia de peso.

V-19

SINDROME DE WILKIE (SD PINZA AORTOMESENERICA) EN PACIENTE OBESO**Manuel García-Redondo¹, Manuel Ferrer-Marquez², Francisco Rubio-Gil², Laura González-Garrido¹, Manuel Ferrer-Ayza².****¹Hospital Torrecárdenas, Almería, España; ²Clínica Mediterraneo, Almería, España.**

El síndrome de la arteria mesentérica superior (AMS) (también conocido como síndrome de Wilkie o pinza aortomesentérica) es una obstrucción duodenal causada por una compresión extrínseca entre la AMS y la aorta. Suele presentarse en pacientes jóvenes, con predominio en el sexo femenino (3:2). Los síntomas son variables y consisten en dolor abdominal postprandial, náuseas y vómitos, saciedad precoz, anorexia y pérdida de peso. La causa principal de este síndrome es la pérdida de grasa mesentérica entre la AME y la aorta, lo que estrecha el ángulo entre ambas, comprimiendo el duodeno.

Presentamos el caso de un varón de 25 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2. Inicialmente presenta un peso de 93 Kg y una altura de 1.68 metros (IMC de 33 Kg/m²). Acude por una clínica de 6 meses de evolución, consistente en dolor abdominal postprandial intenso, acompañado de náuseas y vómitos persistentes. En ese intervalo de tiempo sufre una pérdida de 45Kg, resultando un IMC de 17 Kg/m². Agotado el tratamiento conservador se opta por la duodenoyeyunostomía laparoscópica.

El tratamiento inicial suele ser conservador, e incluye cambio postural, descompresión gastroduodenal y manejo de nutrientes, aportando tasas de éxito del 70%-80%. Si fracasa el tratamiento conservador, se recurre al tratamiento quirúrgico, siendo de elección la duodenoyeyunostomía laparoscópica, que aporta tasas de éxito entre 80 y 100%.

V-20

TRICOBEOZOAR DUODENOGÁSTRICO EN PACIENTE CON BALÓN GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Assumpta Hernández Santiago, Belén Hernández Roca, Jordi Seguí Orejuela, Ana Belén Hernández Ferriz, Leonid Omar Carrión-Retuerto, Eva Martín Orta, Carlos Felipe Campo Betancourth, José Vicente Coloma Lidón.

Hospital General de Elda, Elda, España.

Objetivos: El balón intragástrico es un dispositivo utilizado para disminuir el peso en los pacientes con obesidad leve o moderada, o en superobesos como terapia puente previa a la cirugía. Se revisa el caso clínico de una paciente portadora de dicho dispositivo para revisar las posibles complicaciones adversas de su uso.

Material y métodos: Mujer de 35 años que es remitida desde el servicio de Digestivo por incapacidad para extracción de un balón intragástrico mediante endoscopia. La paciente era portadora de dicho dispositivo desde hacía un año y se encontraba asintomática, sin ninguna clínica digestiva asociada. La paciente no presentaba otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés, excepto alteraciones del ánimo en los últimos meses, asociado a componente ansioso.

Ante incapacidad de retirada de dicho dispositivo en dos ocasiones, se contacta con Cirugía para valoración.

Resultados: Dada la incapacidad de extracción vía endoscópica, se decide intervenir quirúrgicamente a la paciente.

Se realiza la cirugía vía laparoscópica con 4 puertos. Se accede al antro gástrico por una gastrotomía de unos 4 cm aproximadamente y se objetiva el balón intragástrico y un tricobezoar gigante de unos 35 x 4 cm de tamaño que alcanza hasta duodeno. Se logra liberar ambas piezas y se extraen por una minilaparotomía supraumbilical.

Conclusiones: Las complicaciones asociadas al uso de balón intragástrico son muy variadas, siendo las más frecuentes la extracción temprana del balón, la producción de gas dentro del dispositivo, perforación gástrica... A pesar de ello, los resultados respecto a reducción de peso son bastante buenos y es una alternativa terapéutica no quirúrgica en el tratamiento de la obesidad. En este caso, la incapacidad para la extracción del balón es un efecto adverso muy poco frecuente, que no hay datos en la bibliografía sobre él y que implica un manejo quirúrgico, si no se puede conseguir vía endoscópica.

Respecto al tricobezoar, se trata de una masa compuesta por bolas de pelo y material no digerible, que ocasiona clínica digestiva, suele estar asociada a patologías mentales y precisa de una valoración psiquiátrica para descartar trastornos asociados, por lo que se solicitó una valoración a Psiquiatría de esta paciente.

Para concluir, el balón intragástrico es un dispositivo útil para la reducción del peso en los pacientes obesos, pero no está exento de complicaciones.

V-21

NESIDIOBLASTOSIS: RECONVERSIÓN TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA POR HIPOGLUCEMIA HIPERINSULINÉMICA.

Ana Isabel Fernández Sánchez, Custodia Montiel Casado, Francisco Javier Moreno Ruiz, Alberto Rodríguez Cañete, Jose Luis Fernández Aguilar, Julio Santoyo Santoyo.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España.

La nesidioblastosis es una hipoglucemia hiperinsulinémica endógena atribuible a la hipertrofia e hiperfunción de las células β pancreáticas. Se reconoce cada vez más que la hipoglucemia postprandial en adultos después de un Bypass Gastroyeyunal, puede deberse a esta patología, estimándose una prevalencia del 5 %.

Los síntomas principales son los neuroglucopénicos, siendo específica la triada de Whipple. Estos aparecen entre 1 y 4 horas después de la ingestión de una ingesta rica en hidratos de carbono. Se observa un intervalo de tiempo de 1-5 años desde la cirugía bariátrica.

La fisiopatología se basa principalmente en un aumento de la secreción de incretinas secretadas en el intestino en relación con la ingesta, las cuales producen una estimulación de las células β del páncreas.

El diagnóstico diferencial se hace principalmente con el síndrome de Dumping tardío, por la presentación de cuadro clínico; y con el insulinoma, tanto por la forma de presentación (hipoglucemia en ayunas) como mediante pruebas de imagen (sensibilidad 60-70%).

El diagnóstico de confirmación de la nesidioblastosis es un reto y sólo podría confirmarse con el análisis histopatológico de las muestras pancreáticas. Cuando el cuadro clínico es compatible, se realizan en primer lugar determinaciones analíticas, tanto en ayunas como postprandiales, de insulina sérica, péptido C sérico, glucosa, proinsulina y GLP-1. Tanto test del ayuno de las 72h como las pruebas de imagen serían negativas, como diferencia con el insulinoma. Ante una sospecha clínica fuerte de insulinoma y pruebas de imagen negativas, se pueden realizar otros estudios como la ecoendoscopia o la arteriografía selectiva tras estimulación con calcio arterial.

En cuanto al tratamiento, la mayoría de los pacientes responden a los cambios en el hábito dietético. Si no es suficiente, fármacos como Diazóxido o Acarbosa, consiguen controlar los niveles de glucemia. Cuando todo esto fracasa, la revisión de la cirugía bariátrica es el tratamiento quirúrgico de elección (siendo la reconversión a *Sleeve Gástrico* la técnica quirúrgica indicada). Procedimientos más agresivos como pancreatomecías parciales han quedado relegadas por su morbimortalidad y riesgo de recurrencias elevado.

Presentamos el caso clínico de una paciente intervenida en 2018 por obesidad, realizándose un Bypass Gastroyeyunal. Tras gestación en 2020, comienza con hipoglucemias sintomáticas refractarias a tratamiento dietético y farmacológico. Se realiza diagnóstico diferencial con otras patologías, con alta sospecha de nesidioblastosis. Dado el reflujo sintomático que presentaba la paciente y el normopeso alcanzado, se realizó reconversión a tránsito normal.

V-22

PARED ABDOMINAL CATASTRÓFICA Y IMC > 50. ¿QUÉ HACEMOS?

Miryam Malo Barriopedro, Ana Cristina Recreo Baquedano, Oier Aizpurua Olave, Inés Eguaras Córdoba, Carlos Chavelí Díaz, María Concepción Yarnoz Irazabal, María Del Coro Miranda Múrua.

Hospital de Navarra, Pamplona, España.

El objetivo del video es ilustrar el manejo multidisciplinar y la estrategia quirúrgica ante un paciente con obesidad mórbida (IMC > 50) que presenta una eventración multirrecidivada compleja.

Presentamos el caso de un paciente de 61 años con obesidad mórbida (IMC máximo de 53), con antecedentes personales de múltiples intervenciones a nivel de la pared abdominal. El paciente presenta una eventración gigante recidivada con pérdida de derecho a domicilio. El caso se presenta en el comité de Cirugía Bariátrica, y de forma conjunta con Cirugía de Pared, se decide cirugía combinada de la obesidad y la pared abdominal tras circuito rápido de prehabilitación. Se realiza una técnica SADI (single anastomosis duodeno-ileal bypass with sleeve gastrectomy) por vía laparoscópica en 2 tiempos.

El paciente tras el programa de prehabilitación y la cirugía bariátrica, consigue una pérdida de peso significativa alcanzando un IMC de 28. En el momento actual, pendiente de reparación de la eventración por parte de cirugía abdominal.

La resolución de los problemas de pared abdominal compleja en pacientes obesos es un desafío. El manejo de estos pacientes no está definido y es materia de actualidad y controversia.

V-23

CIRUGÍA URGENTE DE LA HERNIA INTERNA TRAS BYPASS GÁSTRICO

Pedro Ramos Martín, Almudena Moreno Serrano, Pedro Yunta Abarca, Juan Carlos Palomo Sánchez.

Hospital General Virgen de la Luz, Cuenca, España.

Objetivos: El bypass gástrico se ha convertido en un procedimiento muy frecuente, lo que obliga a cualquier cirujano general a estar familiarizado con sus posibles complicaciones. Dentro de éstas, cobran gran importancia aquéllas que pueden requerir una intervención urgente para resolverlas. En el presente vídeo mostramos los detalles técnicos fundamentales a tener en cuenta a la hora de abordar un cuadro de obstrucción intestinal secundario a una hernia interna tras bypass gástrico.

Material: Presentamos el caso de una mujer de 48 años que acude a urgencias por clínica obstructiva de 48 horas de evolución. Revisando su historia, había sido sometida a una cirugía de bypass gástrico en otro centro (técnica “double-loop” con cierre de las brechas de los mesos). Se realiza TAC con el diagnóstico de probable obstrucción intestinal secundaria a bridas, decidiéndose manejo inicial conservador. Tras presentar deterioro clínico y analítico se indica intervención urgente a las 48 horas de su ingreso.

Métodos: Se decide realizar abordaje laparoscópico. Ante la elevada sospecha clínica de obstrucción intestinal secundaria a hernia interna, se decide colocar a la paciente en posición de decúbito supino y se emplean cuatro trócares distribuidos de la siguiente manera: un trocar de 12 mm, para la óptica, en posición paraumbilical derecha; un trocar de 5 mm y otro de 12 mm en flanco derecho para el cirujano principal; un trocar de 5 mm suprapúbico para el cirujano ayudante. Tras observar hallazgos compatibles con obstrucción intestinal, se procede a explorar de manera meticulosa el intestino delgado, comenzando desde la válvula ileocecal y avanzando hacia proximal. De esta forma, podemos identificar de manera inequívoca el asa intestinal común y lo seguimos hasta llegar a la zona de la anastomosis del “pie de asa”. A este nivel se evidencia una herniación del asa intestinal alimentaria a través de la brecha mesentérica, dando origen al cuadro obstructivo de la paciente. Se procede a realizar la reducción del asa herniada y el cierre del defecto mesentérico. Posteriormente, se comprueba el adecuado cierre del espacio de Petersen.

Resultados: La recuperación postoperatoria de la paciente se vio complicada por un cuadro de neumonía bilateral de origen broncoaspirativo para el que precisó estancia en UCI durante cinco días. Finalmente, fue dada de alta al 14º día postoperatorio. Actualmente la paciente presenta una recuperación completa y está en seguimiento por la unidad multidisciplinar de cirugía bariátrica de nuestro hospital.

Conclusiones: Consideramos fundamental que todo cirujano general con actividad quirúrgica urgente esté familiarizado con los detalles técnicos básicos para tratar de forma segura a los pacientes que presenten un cuadro de obstrucción intestinal secundario a hernia interna tras bypass gástrico. En el vídeo resaltamos tres ideas fundamentales: se debe mantener una elevada sospecha clínica a la hora de considerar este diagnóstico, resulta de gran ayuda elegir adecuadamente la posición de los trócares y es imprescindible seguir una correcta metodología y minuciosidad a la hora de explorar el intestino delgado, intentando avanzar siempre desde la válvula ileocecal hacia proximal.

V-24

PROCEDIMIENTO REVISIONAL PARA RETIRADA DE DISPOSITIVO RESHAPE VEST LIFESCIENTES (R)

Isabel Sánchez Pedrique¹, María Arteaga Ledesma², Daniel Herms Pérez¹, Elsa García Möller¹, Arturo Cirera I De Tudela¹, Sana Aijaz Khan Riaz¹, Marina Pérez González¹, Ramón Vilallonga Puy¹, Manuel Armengol Carrasco¹.

¹Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España; ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Objetivos: ReShape Vest Lifesciences ® es un dispositivo implantable por laparoscopia que, junto con los cambios en los hábitos de vida, pretende conseguir la pérdida de peso. La técnica de implantación consiste en realizar una gastrolisis del epiplón mayor en la curvadura mayor, con plicatura del fundus y cuerpo gástrico calibrada y posteriormente colocar el dispositivo, a modo de sistema restrictivo, alrededor del cuerpo gástrico. El dispositivo se fija con tres sistemas de cierre por presión además de puntos de sutura. Este sistema pretende simular la reducción del volumen gástrico comparable a la de una gastrectomía vertical, pero sin necesidad de sección o extirpación gástrica y la empresa responsable de su fabricación parte de la premisa de que los resultados en cuanto a pérdida de peso serían comparables con los de una gastrectomía vertical. Se indicó para pacientes con IMC de entre 35 y 50 kg/m². La fase III del ensayo clínico fue suspendida como consecuencia de la pandemia por COVID-19, por lo que hay muy pocos pacientes intervenidos mediante esta técnica y no se dispone de literatura respecto a su eficacia y seguridad. El objetivo de la presente comunicación es profundizar en el conocimiento del mecanismo de acción y manejo de los pacientes con este dispositivo.

Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente de 34 años intervenida en 2019 en el contexto del ensayo clínico para probar el dispositivo ReShape Vest. Su IMC inicial era de 42,38 kg/m², sin comorbilidades metabólicas. Consulta en nuestro centro por pérdida excesiva de peso y dolor epigástrico. Su IMC actual es de 25,1 kg/m²; con una pérdida de exceso de peso del 77,66%. Se propone reintervención para extirpación del dispositivo.

Resultados: El abordaje se realiza por vía laparoscópica, con cinco puertos de trabajo habituales en una cirugía bariátrica. Se identifican adherencias entre el dispositivo y la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado, así como una reacción de reperitonización muy intensa alrededor del dispositivo. Se procede a realizar adhesiolisis cuidadosa y extracción del dispositivo a través de uno de los puertos de trabajo. Tras revisión adecuada de la hemsotasia y resección del tejido fibroso, se comprueba la estanqueidad gástrica mediante doble test de azul de metileno-verde de indocianina intraluminal y verde de indocianina intravenoso. La paciente fue dada de alta el segundo día postoperatorio, con adecuada tolerancia oral y sin complicaciones evidentes. A los tres meses de la cirugía no ha presentado complicaciones tardías y mantiene el IMC estable.

Conclusiones: Debido a que la obesidad y el sobrepeso consisten problemas de salud de gran prevalencia los grandes avances de la tecnología médica enfocados al tratamiento de este problema, es habitual que se desarrollen nuevas técnicas endoscópicas, quirúrgicas y nuevos dispositivos. A pesar de que la cirugía revisional tiene mejores resultados en manos expertas, es fundamental que los cirujanos bariátricos conozcamos las innovaciones científicas para ser capaces de identificar y ofrecer las mejores opciones de tratamiento a los pacientes, sea cual sea la técnica empleada en su tratamiento.

V-25

CIRUGÍA DE REVISIÓN DE BYPASS GÁSTRICO POR FÍSTULA GASTRO-GASTRICA

Celia Castillo Marcos, María Recarte Rico, Maria Alexandra Heras Garceau, Federico Del Castillo, Blanca Monje Vera, Manuel Fernando Prieto La Noire, Pablo César Arteaga Asensio, Andreas Georgiades, Constantino Fondevila Campo, Ramón Corripio Sánchez.

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Objetivos: Con la epidemia de obesidad a nivel mundial, la cirugía bariátrica ha experimentado un notorio aumento en popularidad en las últimas décadas. Entre las diversas técnicas de cirugía bariátrica, el bypass gástrico (BPG) se sigue considerando el gold-standard en muchos equipos bariátricos.

La fístula gastro-gástrica (FGG) constituye una complicación conocida, aunque muy poco frecuente tras el BPG, generando una comunicación anómala entre el reservorio gástrico y el estómago excluido. Las etiologías más ampliamente aceptadas para la FGG incluyen la transección incompleta del estómago durante la cirugía inicial, fugas en la línea de grapas en el postoperatorio y úlceras marginales.

Esta complicación puede desencadenar recidiva ponderal, úlceras marginales y dolor epigástrico. La incidencia varía en un rango comprendido entre el 1% y el 6%.

Material y métodos: Presentamos el caso de un hombre de 49 años con antecedente de bypass gástrico laparoscópico (BPGL) en 2004 por obesidad grado III (IMC 49 Kg/m²) asociado a SAOS sin otras comorbilidades asociadas. Se realizó seguimiento en nuestro hospital hasta 2009, con un peso mínimo después de la cirugía de 72 kg y una posterior reganancia en los últimos años debido a un estilo de vida sedentario y hábitos dietéticos inadecuados, alcanzando un IMC de 41.9 Kg/m².

Se evaluó de nuevo en la Unidad de Obesidad ante los hallazgos de una TC solicitada por un cólico renoureteral en otro centro que revelaba contenido líquido y restos alimenticios en el estómago excluido, sugiriendo una fístula gastro-gástrica. La gastroscopia confirmó la FGG. Se presentó en Comité Multidisciplinar diciéndose cirugía de revisión laparoscópica.

Resultados: Durante la intervención se observó un reservorio gástrico de dimensiones amplias y un Candy-Cane y se confirmó la presencia de una FGG entre el reservorio y el estómago excluido, ubicada en el margen superior; así como la presencia de un asa ciega del asa biliopancreática (asa interpuesta) de mayor tamaño al esperado.

Se realizó la resección del Candy-Cane y reducción del reservorio gástrico incluyendo la fístula al estómago excluido y resección del asa interpuesta.

En el postoperatorio inmediato, el paciente presentó sialorrea significativa. El EGD de control evidenció retención de secreciones y dilatación del reservorio gástrico sin paso a través de la anastomosis, indicativo de kinking de la anastomosis. Se optó por una reintervención urgente con reconstrucción de la anastomosis gastroyeyunal.

Tras la segunda intervención, se identificó una fístula gastroyeyunal de bajo débito, la cual fue manejada de manera conservadora. Finalmente, el paciente es dado de alta al 20º día postoperatorio de la primera intervención.

En la última revisión, el paciente no presentaba complicaciones y se retiró drenaje.

Conclusiones: La fístula gastro-gástrica es una complicación rara del BPG cuya tasa de incidencia descrita en la literatura se cree que está subestimada debido a la falta de seguimiento. Aunque la endoscopia es diagnóstica, su eficacia terapéutica es limitada. La cirugía, incluida la gastrectomía del remanente, es el tratamiento definitivo con una tasa aceptable de complicaciones, conduciendo a la resolución de síntomas y mejora en la pérdida de peso.

V-26

MANEJO QUIRÚRGICO CON TUBO DE KEHR DE FÍSTULA GÁSTRICA TEMPRANA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

Daniela Rodríguez Marín Marín, Sagrario Martínez Cortijo, Pedro Jiménez Almonacid, Mariano Álvarez Antolínez, Manuel Alberto Lasala Gausa, Beatriz Cuartero Desviat, Rodrigo Abón Arrojo, Cristian Cisterne López, Candela Contreras García.

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón, España.

La gastrectomía vertical laparoscópica es el procedimiento bariátrico más realizado a nivel mundial debido a su alta reproducibilidad, seguridad y buenos resultados en términos de reducción de peso y mejoría de las comorbilidades. Sin embargo, no está exenta de complicaciones, siendo la más temida la fístula de la plastia gástrica. Esto se debe a la alta mortalidad que conlleva y a su difícil solución, especialmente si la perforación se produce en el tercio proximal a nivel del ángulo de His, que por otro lado es la localización más frecuente. Se estima que la incidencia de esta complicación se encuentra entre el 0 y el 7% y se suelen diagnosticar de forma tardía.

Presentamos a un paciente de 61 años obeso mórbido con un IMC de 44.27, hipertenso, con SAHS severo y riesgo trombótico alto por antecedentes de TVP. Se opera de forma programada y se realiza una gastrectomía vertical laparoscópica sin incidencias. Cinco días después es reintervenido por presentar un cuadro de dolor abdominal y sepsis. Se hace una laparoscopia exploradora en la que se evidencia una fístula de la plastia gástrica en el tercio proximal y una peritonitis purulenta de los cuatro cuadrantes. Se lava exhaustivamente la cavidad y se coloca un tubo de Kehr en el defecto vehiculizando la fístula. Una semana después el paciente tiene que ser reintervenido nuevamente por un hematoma intraabdominal sobreinfectado, pero no es necesario actuar sobre la fístula que finalmente se termina cerrando tras la retirada del drenaje.

El tratamiento de las fístulas aparecidas tras una gastrectomía vertical laparoscópica es complejo y se han descrito multitud de manejos. Se puede tratar de forma conservadora en pacientes estables, pero si presentan repercusión clínica con inestabilidad hemodinámica van a requerir cirugía urgente. Algunos autores defienden el cierre primario del defecto en fístulas tempranas y en ausencia de contaminación importante. En el caso de nuestro paciente se pudo identificar fácilmente el defecto, no obstante debido a la importante peritonitis que presentaba se optó por lavar y dejar un drenaje.

El uso de un tubo de Kehr para vehiculizar una fístula temprana de la plastia gástrica junto con el lavado exhaustivo de la cavidad abdominal es una alternativa terapéutica a la reparación primaria del defecto cuando existe una peritonitis extensa.

V-27

RETIRADA DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE MEDIANTE ABORDAJE ROBÓTICO

Roger Homs Samsó, Eulàlia Ballester, Elisabet Julià, Laia Sala, Cecília Vila, Katarzyna M. Wiscló, Antoni Molera Espelt, Sonia Fernández-Ananín.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: La técnica de la Banda Gástrica Ajustable (BGA) se inició a finales de los años ochenta, con un ascenso espectacular durante la primera década del siglo XXI, debido a su relativa facilidad técnica y buenos resultados iniciales. No obstante, su alto índice de complicaciones, la reganancia ponderal, así como la implementación global de otras técnicas como el Bypass o el Sleeve con mejores resultados a largo plazo ha hecho que la BGA esté en desuso actualmente.

El auge del abordaje mínimamente invasivo en la cirugía de revisión ha permitido llevar a cabo la retirada de estos dispositivos de forma segura y con una menor agresión quirúrgica.

Caso clínico: Varón de 47 años intervenido hace 17 años de Obesidad Mórbida (peso inicial 140Kg, con IMC 45,71 kg/m²) mediante la colocación de BGA por vía laparoscópica. Consulta en nuestro centro por clínica de meses de evolución de saciedad precoz y episodios periódicos de náuseas y vómitos, con un peso actual de 75Kg y un IMC de 24,49kg/m². Se completa estudio con gastroscopia -donde se observa esofagitis grado C- y tránsito esófago-gastro-duodenal que evidencia dilatación esofágica y paso de contraste filiforme. Dada la clínica del paciente, se decide retirada de la BGA; se propone conversión a Bypass en el mismo acto, pero el paciente rechaza el procedimiento.

Se lleva a cabo la intervención mediante un abordaje robótico, sin complicaciones intraoperatorias ni en el postoperatorio inmediato, y el paciente puede ser dado de alta al segundo día postoperatorio, con correcta tolerancia oral y resolución de la sintomatología previa.

Conclusiones: El abordaje robótico en la cirugía de revisión para retirada de BGA es seguro y factible, pudiendo asociar también la conversión a otras técnicas -siempre que las condiciones locales lo permitan-, con baja morbimortalidad y sin diferencias en cuanto a resultados respecto al abordaje laparoscópico.

V-28

RECIDIVA DE HERNIA DE HIATO EN PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA, REDO DEL NISSEN MÁS BY PASS GÁSTRICO CON PRESERVACIÓN DE LA FUNDUPLICATURA POR VIA LAPAROSCÓPICA

David Castrodá Copa, Antonia Brox Jimenez, María Artime Rial, Lara Pérez Corbal, Verónica Costas Fernández, Elena Lois Silva, Leire Otolara Mazuela, Miguel Lladro Esteve, Alberto Parajó Calvo.

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España.

Objetivos: La enfermedad por reflujo gastro-esofágico (ERGE) está relacionada estrechamente con la obesidad, de hecho hasta el 45% de los pacientes con obesidad la padecen. Actualmente está ampliamente aceptado realizar un by pass gástrico (BPG) por encima de una funduplicatura en pacientes con ERGE y obesidad mórbida. La cirugía antirreflujo es menos eficaz en los pacientes obesos produciéndose un alto porcentaje de roturas y migraciones de la valva en este grupo de pacientes. Pero ¿Qué técnica realizar si el paciente obeso ha sido operado previamente de ERGE?. Presentamos el caso de una hernia de hiato sintomática recidivada tras Nissen previo en una paciente obesa mórbida que desea asociar una técnica bariátrica al procedimiento.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico con iconografía y el video de la intervención. Resultados: Mujer de 50 años con clínica de dispepsia tras funduplicatura de Nissen, IMC de 39Kg/m². Se realiza gastro y TC tóraco-abdominal donde se observa hernia de hiato recidivada con herniación parcial de la valva izquierda de la funduplicatura. Se realiza disección y liberación de adherencias del saco al pilar izquierdo. Visualización, disección y preservación de la pleura izquierda íntimamente adherida al saco herniario. Valva izquierda de la funduplicatura migrada al tórax que se reduce a la cavidad abdominal. Liberación de intensas adherencias entre el hígado y la valva derecha de la funduplicatura que se disecan hasta exponer el pilar derecho. Se completa disección hasta obtener suficiente esófago intrabdominal, se comprueba valva izquierda del Nissen migrada y desinsertada sin funcionalidad. Se decide redo del Nissen tras cierre de pilares y BPG simplificado con preservación de la funduplicatura con asa biliar de 80 cm y alimentaria de 150cm. Permanece las primeras 24 horas en la Unidad de Reanimación por sangrado autolimitado en orofaringe (probable epixtasis). La paciente es dada de alta a su domicilio al cuarto día posoperatorio. No disponemos todavía resultados a medio/largo plazo.

Conclusiones: Las recidivas de hernia de hiato en pacientes con obesidad mórbida supone un desafío para los cirujanos. Son cirugías complejas que deben ser realizadas por equipos especializados. El cierre de pilares diafragmáticos, el redo del Nissen más la confección del BPG con preservación de la funduplicatura ha resultado ser una técnica exitosa al menos a corto plazo para tratar a nuestra paciente. Divulgar estas técnicas más infrecuentes y especializadas y sus resultados en foros científicos consideramos que es de gran interés.

V-29

CIRUGÍA BARIÁTRICA REVISIONAL: DE LA GASTRECTOMIA VERTICAL AL TOUPET-BYPASS

Andrea De Miguel Pérez, Sergi Sánchez Cordero, Jordi Pujol Gebelli, Jordi Castellví Valls.

Consorci Sanitari Integral - Hospital de l'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat, España.

La cirugía bariátrica revisional es un procedimiento quirúrgico realizado en pacientes que previamente se han sometido a una cirugía bariátrica y han experimentado complicaciones o no han logrado los resultados deseados. Es un procedimiento complejo que requiere una evaluación cuidadosa y un enfoque personalizado para cada paciente, ya que los factores que contribuyen a las complicaciones y la falta de éxito varían de paciente a paciente.

El objetivo es demostrar la técnica quirúrgica de la conversión de una gastrectomía vertical a un Toupet-Bypass laparoscópicos.

Presentamos el caso de un hombre de 39 años, sometido a Gastrectomía Vertical en 2013, sin comorbilidades asociadas, que presenta actualmente clínica importante de reflujo gastroesofágico y reganancia ponderal (IMC preIQ/nadir/actual de 48/36/43). La FGS demuestra hernia de hiato con esofagitis grado D de los Ángeles, el tránsito gastroduodenal evidencia dilatación del fundus gástrico.

El video demuestra la extensa adherenciolisis, disección del hiato con su consiguiente cruroplastia, asociándose técnica antirreflujo de Toupet con el fundus sobrante. Se convierte en un segundo paso a bypass gástrico convencional, todo de forma laparoscópica.

Si bien la cirugía bariátrica de revisión conlleva ciertos riesgos y complicaciones, puede ser una opción efectiva para aquellos pacientes que no han logrado los resultados deseados con la cirugía bariátrica inicial. Con una preparación adecuada y un seguimiento continuo, la cirugía bariátrica de revisión puede ayudar a los pacientes a lograr una pérdida de peso significativa y mejorar su salud y calidad de vida.

V-30

FISTULA GASTROGASTRICA TRAS BY PASS GASTRICO LAPAROSCOPICO

Sergio Navarro Martinez, Jose Angel Diez Ares, Nuria Peris Tomas, Maria Dolores Periañez Gomez, Carmen Paya Llorente, Ana Alvarez, Juan Carlos Sebastian Tomas, Alvaro Perez Rubio, Ramon Trullenque Juan.

Hospital Universitario Dr Peset de Valencia, Valencia, España.

Paciente de 34 años al que se realizó by pass gastrico laparoscópico hacía 2 meses, que presentó disfagia con intolerancia alimentaria. En el TEGD se evidenció fistula de la anastomosis gastroyeyunal con el reservorio gastrico. Se abordó por laparoscopia, resecaando la anastomosis gastroyeyunal previa, en bloque con la porcion de cuerpo gastrico que condicionaba la fistula. Posteriormente se reconstruyó el transito mediante nueva anastomosis laterolateral del reservorio al yeyuno. La evolucion postoperatoria se desarrolló sin incidencias, siendo el paciente alta a su domicilio a los 3 dias. Los controles ambulatorios en las consultas externas fue satisfactoria, con PSP superior al 65% al año de la reintervención

Se trata de un complicación poco frecuente , que al ser sospechada puede resolverse por laparoscopia. Puede relacionarse con dehiscencias subclínicas de la anastomosis gastroyeyunal.

V-31

COMPLICACION POCO FRECUENTE EN PORTADOR DE BANDA GASTRICA

Daniela Rodriguez Marin, Mariano Alvarez Antolinez, Pedro Jimenez Almonacid, Manuel Alberto Lasala Gausa, Sagrario Martinez Cortijo.

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón, España.

Paciente de 49 años con AP: IQ eventración, hernias crurales y colocación de banda gástrica hace 4 años.

Acude 24 horas antes a otro centro hospitalario con vomitos de repetición y K2.8, diagnosticándose de GEA.

Acude nuevamente a nuestro centro con mal estado general, dolor abd e intolerancia digestiva. Expl general: Mal estado general. Signos de deshidratación. Abdomen distendido doloroso a la palpación.

EXPL Compl.

- Rx abd: dilatación gástrica. Portadora de banda gastrica
- TAC: Hallazgos compatibles con deslizamiento de banda gástrica a región de píloro/ primera porción duodenal. Vólvulo gástrico mesentero-axial y dilatación gástrica secundarios.

Con diagnostico de vólvulo gástrico secundario a deslizamiento de banda gástrica, la paciente es intervenida de urgencia objetivándose la volvulación completa de estomago a través del anillo posterior de la banda gástrica. Se procede a sección de la banda gástrica, devolvulación completa del estómago y sección del anillo fibroso que ésta había generado y por donde se había telescopado el estómago.

Discusión: El banding gástrico es una técnica mínimamente invasiva introducida en 1986, y realizada por vía laparoscópica desde 1992. Esta técnica se ha usado ampliamente en Europa y Australia, y desde 2001 en Estados Unidos tras su aprobación por la Food and Drug Administration (FDA).

Hay múltiples tipos de complicaciones conocidas, que se dividen en tempranas y tardías. Las primeras se refieren a las producidas en el primer mes posquirúrgico, como edema del sitio de colocación de la banda, la perforación gástrica, la mala colocación de la misma, el deslizamiento tras la dilatación aguda del pouch y la ulceración gástrica precoz. Las tardías son la dilatación del pouch, la herniación de la banda, la migración de la banda y la erosión de la pared gástrica. En nuestra paciente se produjo una complicación tardía poco frecuente, herniación gástrica completa del estómago a través del puente fibroso que produjo la banda y que requiere un tratamiento urgente ante la posibilidad de isquemia gástrica.

Aunque infrecuente este tipo de complicaciones deben ser consideradas en pacientes portadoras de bandas gástricas por las consecuencias que pudiera tener el retraso diagnóstico

V-32

LA UTILIZACIÓN DEL TEST DE ESTANQUEIDAD CON AZUL DE METILENO Y VERDE DE INDOCIANINA EN LA ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Luis Oliver García, Ingrid Roselia Ávila Alarcón, Elisa Ángela Diego Alonso, Sofia Moreno Peñuelas, Ginamar El Haddad Jaouiche, Esperanza Macarena Vargas Cascón, Paula Miguelez Sierra, Fernando García Sánchez, Natalia Rosillo, Maria Isabel Alarcón González.

Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, España.

Objetivos: A propósito de un caso, mostrar nuestra experiencia en la utilización del test de estanqueidad con azul de metileno y verde de indocianina, para la anastomosis gastroyeyunal en el bypass gástrico.

Material y métodos: Mujer de 49 años con IMC de 41, hipertensión, dislipemia, diabetes y SAOS, que se interviene de bypass gástrico laparoscópico. Tras la realización de la anastomosis gastroyeyunal termino-lateral, se comprueba la estanqueidad con azul de metileno y verde de indocianina, identificando la filtración de verde de indocianina a nivel del grapado del cierre terminal gástrico, pero no de azul de metileno, no realizándose refuerzo en la línea de grapas. La paciente presenta buena evolución y alta al quinto día postoperatorio. Acude a urgencias a las dos semanas de la intervención por fiebre y dolor abdominal, el TAC de abdomen describe una lesión hepática multiseptada de 94 x 46 mm sugerente de absceso hepático. Se realiza drenaje percutáneo de la colección, apreciando buena evolución tras el tratamiento antibiótico y resolución del absceso en el TAC de control.

Resultados: Durante el último año, se han intervenido en nuestro servicio 29 pacientes de bypass gástrico laparoscópico, en todos ellos se ha realizado test de estanqueidad de la anastomosis gastroyeyunal con verde de indocianina y azul de metileno. En 2 pacientes se observó fuga de azul de metileno y verde de indocianina, realizándose sutura de refuerzo, no se apreciaron complicaciones posteriores. En 4 pacientes se observó fuga de verde de indocianina, pero no de azul de metileno, realizándose refuerzo en uno de ellos y no reforzando los otros 3. Uno de los pacientes que se encuentran en el último grupo es la paciente cuyo caso clínico se ha descrito, el resto de pacientes no presentaron complicaciones.

	Fuga de azul de metileno	Fuga de ICG	Refuerzo de la línea de sutura	Complicación
Paciente 1	SI	SI	SI	NO
Paciente 2	SI	SI	SI	NO
Paciente 3	NO	SI	SI	NO
Paciente 4	NO	SI	NO	NO
Paciente 5	NO	SI	NO	NO
Paciente 6 (Caso clínico)	NO	SI	NO	Absceso hepático

Conclusiones: Es conocida la utilización del verde de indocianina para comprobar la perfusión de los tejidos en las anastomosis intestinales, ya que se trata de una pequeña molécula que puede difundir a través del flujo capilar submucoso, permitiendo detectar zonas mal perfundidas. Puesto que presenta un pequeño tamaño molecular, la utilización del verde de indocianina en la prueba de estanqueidad, podría detectar pequeñas fugas en la anastomosis gastroyeyunal del bypass gástrico, que pudieran pasar inadvertidas tras el test estanqueidad sólo con azul de metileno. Son necesarios futuros estudios que valoren si tiene relevancia la detección de fugas de verde de indocianina durante el test de estanqueidad.

V-33

CONFECCIÓN DE BYPASS GÁSTRICO POR ÚLCERA PERFORADA EN PACIENTE CON OAGB

Estibaliz Martin Zugasti, Uxue Iparraguirre Zulaica, Paula Riverola Osa, Amador García Ruiz De Gordejuela, Emma Eizaguirre Letamendia, Laura Martí Gelonch, Jose Ignacio Asensio Gallego, Lorena Arrabal Agüera.

Hospital Universitario Donostia, Hospital Universitario Donostia, España.

Introducción: El bypass gástrico de una anastomosis (OAGB) está ganando aceptación a nivel internacional por sus buenos resultados ponderales y la simplicación de no precisar de confeccionar un pie de asa. Su principal desventaja es la mayor frecuencia de desarrollo de reflujo biliar. La úlcera marginal es una complicación altamente relacionada con este procedimiento

Material y métodos: Se presenta un caso de by-pass gástrico de una anastomosis perforado que es reconstruido mediante bypass gástrico en Y de Roux.

Resultados: Varón de 69 años con antecedentes a destacar de cardiopatía hipertensiva, ACV en 2012, ERC estadio II-III, úlceras en EEII e intervenido quirúrgicamente para realización de by-pass gástrico de una anastomosis en octubre de 2022. Acude al servicio de urgencias 9 meses después refiriendo cuadro de dolor abdominal brusco y mal estado general. Tras realización de pruebas complementarias pertinentes, se objetiva en TAC hallazgos sugestivos de perforación intestinal próximo a anastomosis gastroyeyunal. El paciente refiere importante pérdida ponderal y 4-6 deposiciones diarreicas desde el OAGB.

Es intervenido quirúrgicamente de manera urgente, donde se halla perforación de asa alimentaria adyacente a la anastomosis, con peritonitis purulenta difusa acompañante. El conteo de asas muestra un asa alimentaria de 130cm y asa biliopancreática de 170cm. Ante estos hallazgos y los antecedentes del paciente se procede a realizar conversión a bypass gástrico proximal, previa reconstrucción del tránsito intestinal. En el postoperatorio el paciente muestra evolución favorable.

Tras 3 meses desde la intervención quirúrgica, es valorado en consultas externas, presentando buena tolerancia oral, mejoría de los parámetros nutricionales y resolución de la alteración del hábito deposicional.

Conclusión: El OAGB es una técnica con buenos resultados postoperatorios, pero que puede presentar complicaciones como la de este caso. La sutura simple de la úlcera hubiera presentado un elevado riesgo de recidiva y no hubiera resuelto los problemas nutricionales del paciente. La conversión a bypass gástrico debe ser considerada como recurso ante casos similares.

V-34

CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL A SADI: ¿ES NECESARIO EL RE-SLEEVE?

Jencarlos Trujillo Díaz¹, Carlos Abril Vega², Juan Pablo Pantoja², Daniel Guerrón², Javed Raza², Juan Barajas Gamboa², John Rodríguez².

¹Hospital Medina del Campo, Valladolid, España; ²Cleveland Clinic Abu Dhabi, Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos.

Objetivos: La gastrectomía vertical (GV), es el procedimiento bariátrico más realizado a nivel mundial, dando buenos resultados en pérdida de peso y resolución de las comorbilidades. Sin embargo, si la pérdida de peso es insuficiente o existe reganancia, es aconsejable una cirugía de revisión.

El bypass duodenoileal de una anastomosis (SADI), que es una simplificación de la derivación biliopancreática y el cruce duodenal, se muestra como una técnica con buenos resultados en cuanto a pérdida de peso, mejora de comorbilidades y con menos complicaciones y deficiencias nutricionales en comparación con el DS. Abarca todos los mecanismos potenciales implicados en la mejora de la diabetes, incluida una reducción moderada de la ingesta calórica debido a una restricción gástrica, la derivación duodenopancreática, el paso rápido al intestino distal y la pérdida de peso sostenida a largo plazo. Además conlleva una disminución significativa en la aparición de úlceras y hernias internas en comparación con RYGB.

Sin embargo, aún no es claro si en la cirugía de revisión de GV a SADI hay que realizar un re-sleeve, no obstante si uno de los principios de esta técnica es reducir la ingesta calórica mediante la restricción gástrica, creemos que en pacientes en los que tengamos un estómago amplio sí es recomendable hacer un re-sleeve. Es por ello que presentamos el siguiente vídeo donde mostramos la técnica paso a paso (SADI) asociando un re-sleeve.

Material y método: Presentación tipo-vídeo.

Resultados: Varón de 22 años, con antecedente de GV (enero-2021) con pérdida insuficiente de peso (peso actual: 115 kg, IMC: 37 kg/m²). Análítica sanguínea: HbA1c: 5,3. Tránsito esófago-gástrico: leve RGE sin hernia hiatal. Gastroscopia: Normal.

Ante estos hallazgos se decide en comité multidisciplinar realizar cirugía de revisión: GV a SADI.

Se utilizan 5 trócares (1x12 mm y 4x5 mm). El primer paso es la división del epiplón mayor; inmediatamente se localiza la válvula ileo-cecal (VIC) para continuar con la medición del íleon desde la VIC, se realiza marcaje al 1, 2 y 3 metros respectivamente con clips metálicos, y con punto de V-Lock a 250 cm de la VIC que nos servirá posteriormente para confección del primer plano posterior de la anastomosis duodeno-ileal (DI).

El siguiente paso es la disección duodenal, llegando a la disección post-pilórica (aprox. 2-3 cm) hasta justo por encima de arteria gastro-duodenal, respetando la gastroepiploica derecha y la gástrica derecha. Continuamos con la revisión gástrica y dado su tamaño con la confección de la manga gástrica (re-sleeve) utilizando cargas de EndoGIA-reforzadas y calibrada con una sonda-40F. Posteriormente seccionamos el duodeno con EndoGIA.

El siguiente paso es la realización de la anastomosis DI término-lateral manual-biplano (x2), utilizamos el V-Lock que habíamos dejado marcado (íleon) para confeccionar el primer plano de la pared posterior. Realizamos la apertura del duodeno e íleon y posteriormente se realiza un segundo plano posterior con PDS 3-0. Luego se realizan dos planos en la cara anterior de la anastomosis. Finalmente realizamos la comprobación de estanqueidad mediante endoscopia-intraoperatoria.

El paciente tuvo un postoperatorio satisfactorio, buen control del dolor, deambulación y tolerancia oral precoz, estabilidad clínica y analítica por lo que se decide alta médica el 1º DPO.

Conclusiones: El SADI es una buena opción terapéutica en casos de reganancia o pérdida insuficiente de peso tras una GV, además se debe asociar un re-sleeve en los casos con una manga gástrica de gran tamaño.

V-35

CONVERSION DE GASTRECTOMIA VERTICAL A BYPASS GASTRICO EN Y DE ROUX POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE FISTULA CRONICA DE PLASTIA GASTRICA

Carlos J Ferrigni Gonzalez, María Teresa Pérez Domene, Camilo Castellón Pavón, Silvia Sánchez Infante, Tamara Díaz Vico, Alejandro García Muñoz-Najar, Claudia Caraballo Angeli, Manuel Duran Poveda.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Objetivo: La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es actualmente la técnica quirúrgica más realizada a nivel mundial para el tratamiento de la obesidad y sus enfermedades asociadas. Una de sus complicaciones más temidas es la fístula que puede ser aguda, subaguda o crónica. Por otro lado, según las series, presenta hasta un 30% de reflujo gastroesofágico (RGE) de novo.

Presentamos el caso de una cirugía de conversión laparoscópica de una GVL a bypass gástrico en Y de Roux (BGYDR) por RGE no controlado con tratamiento médico en una paciente con antecedente de fístula crónica de la GVL y laparotomía de urgencia en su cirugía inicial.

Materiales y métodos: Mujer de 39a, en el año 2011 (26a) con un IMC inicial de 38 kg/m² se le realiza una GVL con conversión por sangrado a LMSIU. A los 2 meses de esta cirugía presenta dolor en hemiabdomen superior izquierdo y fiebre con diagnóstico por TC abdominal de fístula 1/3 superior de plastia gástrica. Se trata con múltiples ingresos y ciclos de antibiótico IV sin lograr resolución definitiva. En el año 2013 acude a nuestro centro de manera programada, se evidencia por TC y gastroscopia persistencia de fístula crónica en 1/3 superior de plastia con colección adyacente en neo curvatura mayor. Se decide en ese momento colocación de endoprotesis previa drenaje percutáneo de colección, logrando resolución de la fístula y retirada de la prótesis a las 6 semanas. La paciente inicia RGE intratable en el año 2022, posterior a evaluación radiológica y endoscópica, se decide paso a BGYDR para resolución del RGE, se realiza la cirugía el 10/2023.

Resultados: Al momento de la conversión, la paciente tenía un IMC de 23.1 kg/m² y 39a. Se realiza conversión vía laparoscópica con tiempo quirúrgico de 150 minutos, identificando el sitio de fístula previa con resección del estómago involucrado. Se realiza BGYDR 80ABP/150AL sin incidencias, el postoperatorio evoluciona con normalidad y se da de alta a la paciente al 2º día post operatorio. El estudio del espécimen reporta FISTULA GÁSTRICA CRÓNICA sin evidencia de malignidad. Actualmente la paciente presenta resolución completa del RGE y una tolerancia oral normal, IMC actual de 24.4 kg/m²

Conclusiones: La incidencia del RGE tras GVL es cada vez más frecuente, se recomienda inicialmente un tratamiento médico y vigilancia endoscópica. En los casos donde fracasa este tratamiento médico, el BGYDR es a día de hoy el tratamiento quirúrgico más adecuado y definitivo según la literatura actual. Por otro lado, el manejo de la fístula posterior a GVL va a depender el momento de presentación de la misma, sitio de la fístula, existencia o no de alteraciones morfológicas en la plastia y de los recursos disponibles. En nuestro caso fue exitoso el manejo de esta fístula crónica con manejo conservador.

V-36

Peritonitis biliar a raíz de la filtración de bilis a través de canaliculos biliares hepáticos, manifestándose como una complicación en cirugía revisional bariátrica.

Pablo Lopez Luza, Kevin Diaz, Daniel Herms, Arturo Cirera, Marina Perez, Isabel Sanchez, Ramon Vilallonga, Manuel Armengol, Elsa Garcia, Sana Khan.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España.

Objetivos: La cirugía bariátrica se configura como el abordaje terapéutico de máxima relevancia para la obesidad severa y sus comorbilidades correlacionadas. La creciente prevalencia de intervenciones bariátricas ha propiciado de manera concomitante un incremento en los casos de cirugías bariátricas de revisión (CBR). La elección del procedimiento quirúrgico de revisión más apropiado requiere una aproximación personalizada, atendiendo a la indicación específica para la revisión y la naturaleza del procedimiento primario. Actualmente, se observa una carencia de directrices establecidas para la gestión de las complicaciones derivadas de las CBR.

Adicionalmente, la presencia de adherencias densas, cicatrices y tejidos isquémicos contribuye a tasas de complicaciones elevadas en el periodo postoperatorio de las CBR, en comparación con los procedimientos primarios. Estos factores, asimismo, plantean un desafío de consideración en la gestión eficaz de las complicaciones.

El objetivo de este video es el describir una de las complicaciones post cirugía revisional que debería tenerse en cuenta, además del diagnóstico precoz, junto con su manejo adecuado y oportuno

Métodos: El objetivo de este video es presentar el caso de una mujer de 64 años con antecedentes de bypass gástrico en Y de Roux seguido de intervenciones posteriores por una úlcera anastomótica con reconstrucción del remanente gástrico y nuevas anastomosis. La paciente es sometida a una nueva reoperación debido a una úlcera tipo Forrest III en la anastomosis gastroentérica, que implica la resección del remanente gástrico y la creación de nuevas anastomosis gastroyeyuno latero-laterales. Posteriormente, la paciente experimenta un curso postoperatorio complicado con fiebre, dolor en el flanco izquierdo y salida biliar a través del drenaje abdominal. Por lo tanto, se decide realizar una laparoscopia exploratoria de urgencia, revelando una peritonitis biliar significativa con integridad de las asas intestinales y las anastomosis. El hallazgo principal es la identificación de una fuga biliar a través de dos canaliculos biliares a nivel del lóbulo hepático izquierdo en la zona de disección de la antigua anastomosis. Se realiza una sutura simple intracorpórea de dichos conductos utilizando monofilamento, seguida por la aplicación de material hemostático (Tachoseal).

Resultados: La evolución en el periodo postoperatorio inmediato fue favorable, con el alta hospitalaria a las 96 horas después de la cirugía y una evolución clínicamente correcta en los controles ambulatorios.

Conclusión: Dada la significativa alteración en la calidad del tejido y la anatomía durante la cirugía bariátrica de revisión, es crucial ampliar la sospecha al identificar complicaciones inmediatas postoperatorias. Esto es esencial para un manejo rápido y adecuado.

V-37

CARDIOMIOTOMÍA DE HELLER Y BYPASS GÁSTRICO EN UN TIEMPO: EXCELENTE OPCIÓN EN ACALASIA & OBESIDAD MÓRBIDA

Jencarlos Trujillo Díaz¹, Carlos Abril Vega², Juan Pablo Pantoja², Daniel Guerrón², Javed Raza², Juan Barajas Gamboa², John Rodríguez².

¹Hospital Medina del Campo, Valladolid, España; ²Cleveland Clinic Abu Dhabi, Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos.

Objetivos: La acalasia es un desorden motor del esófago caracterizado por la relajación incompleta del esfínter esofágico inferior (EEI) y la aperistalsis del cuerpo esofágico. Produce una dificultad en la ingesta alimentaria que condiciona pérdida de peso por lo que su aparición en pacientes con obesidad es poco frecuente. El tratamiento de la Acalasia busca disminuir la presión del EEI para facilitar el paso de los alimentos. Las mejores opciones terapéuticas son el POEM (Per-oral endoscopic myotomy) con una miotomía mediante acceso endoscópico oral, y el quirúrgico como la miotomía extramucosa de Heller.

Cuando se presentan en conjunto (Acalasia y obesidad mórbida), el mejor tratamiento es controversial, pero se impone la necesidad de dar una solución quirúrgica conjunta mediante la miotomía esofágica junto a un procedimiento de cirugía bariátrica. En estos casos la miotomía de Heller asociada al bypass gástrico en Y de Roux (RYGB) proporciona un excelente alivio de los síntomas y el control del reflujo así como un adecuado tratamiento de la obesidad y de sus comorbilidades.

Presentamos el caso de una paciente con acalasia y obesidad mórbida a quien se le realiza una cirugía simultánea: miotomía de Heller y RYGB.

Material y método: Presentación tipo-vídeo.

Resultados: Paciente mujer de 51 años, con historia de acalasia de larga evolución, visto por empeoramiento de disfagia y obesidad. Antecedentes: DM2, HTA, DL, en 2013 dilatación esofágica (India) por Acalasia. Peso actual: 106 kg, IMC: 43 kg/m². Análítica sanguínea: HbA1c: 8,7. Tránsito esófago-gástrico: Gran dilatación esofágica con afilamiento distal compatible con Acalasia. Gastroscopia: esofagitis y hernia hiatal. TC-abdomen: gran dilatación esofágica. Manometría esofágica: compatible con Acalasia tipo-II.

Ante estos hallazgos se decide en comité multidisciplinar realizar cirugía simultánea: miotomía de Heller + bypass gástrico.

Se utilizan 5 trócares (1x12 mm y 4x5 mm). El primer paso disección del hiato esofágico y la abdominalización del esófago torácico, seguimos con la disección de la unión gastroesofágica e iniciamos con la cardio-miotomía con maniobras romas dislacerando las fibras musculares y posteriormente con la ayuda de un disector y del Ligasure, se produce una pequeña apertura de la mucosa esofágica que se sutura con PDS 3-0. El siguiente paso es la confección del pouch gástrico con EndoGIAs, y realizamos una endoscopia-intraoperatoria para corroborar la integridad de la mucosa esofágica y una sección completa de las fibras musculares esofágicas. Después continuamos con una reconstrucción en Y-de-Roux, mediante la técnica simplificada, con anastomosis mecánicas. Realizamos un asa BP: 100 cm y alimentaria: 125 cm. Realizamos el cierre del defecto mesentérico de la YY-anastomosis y del Pseudo-Petersen con sutura barbada irreabsorbible. Finalmente realizamos comprobación de estanqueidad mediante endoscopia-intraoperatoria.

El paciente tuvo un postoperatorio satisfactorio, buen control del dolor, deambulación y tolerancia oral precoz, estabilidad clínica y analítica, control con tránsito esófago-gástrico con buen paso del contraste y sin gases, por lo que se decide alta médica el 2º DPO.

Conclusiones: Es infrecuente la asociación entre acalasia y obesidad mórbida, por lo que el tratamiento de estos pacientes es complejo y controversial. Sin embargo, parece ser que la miotomía de Heller, que permite solucionar la disfagia, asociado al RYGB, que además de tener un mecanismo antirreflujo ayuda a conseguir la remisión de la DM2 con pérdida ponderal aceptable, son una técnica segura y eficaz en estos pacientes.

V-38

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR ÚLCERA MARGINAL EN BYPASS GÁSTRICO

María Hernández O'reilly, José Daniel Sánchez López, Laura Zorrilla Matilla, Daniel Serralta De Colsa, Sara Núñez O'sullivan, Carmen Rodríguez Haro, Inmaculada Mellado Sánchez, Juan Gajda Escudero, Carolina Peck García, Antonio Luis Picardo Nieto.

Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes, España.

Objetivos: Presentación de un caso clínico de úlcera de neoboca o marginal tras bypass gástrico.

Materiales y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 57 años con antecedentes de síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) grave, hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus tipo II (DM II), dislipemia y obesidad grado III y fumadora desde los 19 hasta los 35 años de hasta 40 cig/día, operada hace cuatro meses de un bypass gástrico.

La paciente acude a Urgencias por vómitos hemáticos de unas horas de evolución. Refiere episodio de hemorragia digestiva alta (HDA) que requirió ingreso hace 10 días, secundaria a ulcus Forrest tipo IIa. También refiere deposiciones oscuras con relación a toma de hierro oral desde el último ingreso.

Se realiza una analítica, que no refleja anemia ni aumento de reactantes de fase aguda, y una gastroscopia donde se visualiza en anastomosis gastroyeyunal, aparentemente cara posterior una úlcera profunda de aproximadamente 20mm con vaso visible, profundo en centro de la escara sin sangrado inicialmente. Durante la realización de gastroscopia presenta resangrado abundante en sábana, constante del vaso del fondo de la úlcera, sobre el que se intenta colocación de hasta cuatro clips y se inyecta adrenalina 1:10 en varios puntos sin conseguir hemostasia eficaz, persistiendo el sangrado. Ante imposibilidad de controlar sangrado endoscópicamente se decide intervención quirúrgica urgente.

Resultados: La paciente fue intervenida por vía laparoscópica. Se realiza endoscopia intraoperatoria que muestra reservorio gástrico completamente ocupado por coágulos y área ulcerosa a nivel de cara posterior de la anastomosis. Se realiza disección retrogástrica proximal a anastomosis y del Candy Cane (de unos 10 cm) de la anastomosis. Sección gástrica con 2 cargas de endograpadora morada (reservorio de unos 50 cc). Sección yeyunal a 10 cms de la anastomosis. Al disecar la cara posterior de la anastomosis se aprecia área fibrosa que corresponde al lecho ulceroso, con necrosis de la pared gástrica y vaso arterial pulsátil a nivel de los vasos peripancreáticos. Confección de nueva anastomosis gastroyeyunal semimecánica con endograpadora 45 morada, calibrada a 30 mm. Cierre de enterotomías con sutura barbada 2/0 en 2 planos. Comprobación de estanqueidad con azul de metileno. La paciente fue dada de alta al sexto día postoperatorio con buena tolerancia a dieta túrmix y dolor controlado.

Conclusiones: La úlcera marginal es una complicación frecuente en el postoperatorio de las anastomosis gastroyeyunales en cirugía bariátrica. Varios factores influyen en su etiología, entre ellos la asociación de alcohol y en especial a tabaco tienen un efecto multiplicador, sobre todo en mujeres. La toma de inhibidores de la bomba de protones ha disminuido a la incidencia hasta un 2-3%.

V-39

HERNIA HIATAL RECIDIVADA Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO TRAS SLEEVE: ¿ES EL BYPASS GÁSTRICO LA MEJOR OPCIÓN?

Jencarlos Trujillo Díaz¹, Carlos Abril Vega², Juan Pablo Pantoja², Daniel Guerrón³, Javed Raza², Juan Barajas Gamboa², John Rodríguez².

¹Hospital Medina del Campo, Valladolid, España; ²Cleveland Clinic Abu Dhabi, Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos; ³Hospital Comarcal, Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos.

Objetivos: La gastrectomía vertical (GV) es el procedimiento bariátrico más común que se realiza en todo el mundo con excelentes resultados en la reducción del peso y la morbilidad relacionada con la obesidad.

Una de las complicaciones más comunes de la GV es el reflujo gastroesofágico (RGE). Las hernias de hiato de novo parecen tener una fuerte correlación con el desarrollo de reflujo después de la GV. Los pacientes que no tienen reflujo o tienen un reflujo mínimo poco después de la cirugía pueden desarrollar síntomas de reflujo progresivo años después de la cirugía a pesar de lograr y mantener una pérdida de peso clínicamente significativa. Los cambios anatómicos durante la GV perjudican la fisiología normal y conducen al desarrollo de reflujo. La forma de la manga gástrica y la pérdida del fundus predisponen a la formación de una hernia hiatal. La reducción del volumen gástrico da lugar a presiones intragástricas más altas, que es menos probable que el EEI deteriorado pueda soportar.

Los procedimientos bariátricos de revisión son cada vez más comunes, siendo las causas más frecuentes el RGE y los problemas relacionados con el peso. El RGE que no responde al tratamiento médico es una de las indicaciones más comunes para la conversión de GV a bypass gástrico en Y de Roux (RYGB).

Presentamos el caso de una paciente con obesidad y hernia de hiato recidivada a quien se le realiza una conversión de GV a RYGB.

Material y método: Presentación tipo vídeo.

Resultados: Paciente mujer de 53 años, con clínica de RGE, disfagia y antecedentes de GV(2017), reparación de hernia de hiato (2020). Peso actual:85kg, IMC:36,9kg/m². Analítica sanguínea: HbA1c:normal. Tránsito esófago-gástrico: RGE y hernia hiatal. Gastroscopia:esofagitis y hernia hiatal. TC abdomen: hernia hiatal recidivada.

Ante estos hallazgos se decide en comité multidisciplinar realizar cirugía de revisión: reparación de hernia hiatal + conversión de GV a RYGB.

Se utilizan 5 trócares(1x12mm y 4x5mm). El primer paso disección del hiato esofágico y reducción del contenido herniado intratorácico, se visualizan intensas adherencias y fibrosis debido a la cirugía previa, tras lograr una disección completa se realiza el cierre de los pilares con V-Lock 2-0 irreabsorbible. Seguidamente se realiza la confección del pouch con una EndoGIA, corroborando un correcto tamaño mediante endoscopia-intraoperatoria. Se realiza una reconstrucción en Y de Roux, mediante la técnica simplificada, con anastomosis mecánicas GY y YY. Se deja una asa BP de 75cm y alimentaria de 100cm. Realizamos el cierre del defecto mesentérico de la YY anastomosis y del Pseudo-Petersen con sutura barbada irreabsorbible. Finalmente realizamos comprobación de estanqueidad mediante endoscopia-intraoperatoria. El paciente tuvo un postoperatorio satisfactorio, buen control del dolor, deambulación y tolerancia oral precoz, estabilidad clínica y analítica por lo que se decide alta médica el 2ºDPO.

Conclusiones: El RYGB es una excelente opción en casos de pacientes sometidos a GV previamente, con clínica de RGE, asociado o no a hernia hiatal, dado que proporciona una alta tasa de remisión de síntomas de RGE además de favorecer en la pérdida de peso.

V-40

CIERRE DE LOS DEFECTOS MESENTÉRICOS TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO: CIRUGÍA PROGRAMADA VS. URGENTE

Sara Palomares Casasús, María Lapeña Rodríguez, Maria Del Carmen Fernández Moreno, Rosa Martí Fernández, Raquel Alfonso Ballester, Norberto Cassinello Fernández.

Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.

Objetivo: La hernia interna es la causa más frecuente de obstrucción intestinal tras la cirugía del bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico. La forma más frecuente de presentación es un abdomen agudo caracterizado por dolor tipo cólico intenso, pero en ocasiones puede presentarse como episodios intermitentes de dolor en epigastrio, posiblemente en relación con episodios de incarceration y resolución espontánea.

El objetivo de este trabajo es mostrar las diferencias que nos podemos encontrar en la cirugía de cierre de los defectos mesentéricos en una cirugía de urgencia en comparación con un cierre programado.

Material y métodos: Presentamos dos casos de cierre de los defectos mesentéricos en dos pacientes con antecedente de bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico. El primer caso se trata de una paciente que en el sexto mes postoperatorio tras una buena pérdida ponderal presenta cuadros de dolor tipo cólico intermitente en epigastrio. La segunda una paciente en la semana 38 de embarazo que acude por dolor abdominal intenso y sufrimiento fetal, y tras realizar cesárea urgente se realiza una tomografía computarizada que evidencia signos sugestivos de hernia interna.

Resultados: Ante la sospecha de una hernia interna es mandatorio comenzar la movilización del intestino delgado desde la válvula ileocecal. En caso contrario podríamos agravar más la situación que ocasiona la oclusión. En los casos de abdomen agudo es habitual evidenciar una importante distensión de asas intestinales asociadas a edema mesentérico e ingurgitación vascular, como se puede observar en el segundo caso, que dificultan la movilización y aumentan el riesgo de perforación de asas o desgarros y sangrado del meso.

Posteriormente, una vez reducida el asa herniada e identificado correctamente las asas (alimentaria, bilio-pancreática y común), se realiza el cierre del defecto mesentérico y del Petersen con una sutura no- reabsorbible.

Conclusiones: La hernia interna es una complicación del bypass gástrico que puede llegar a poner en riesgo la vida del paciente. Ante la sospecha de hernia interna, el tratamiento de elección es la cirugía, ya sea de forma urgente en los casos de abdomen agudo o programada en casos de dolor tipo cólico recurrente en un paciente sometido a bypass.

Tras resolver la causa oclusiva, se recomienda el cierre de los defectos mesentéricos con una sutura continua no reabsorbible.-

Es importante también destacar que siempre que se intervenga a un paciente bariátrico por cualquier otra causa, se deben revisar los defectos mesentéricos y comprobar la correcta disposición del circuito alimentario que hemos creado.

V-41

BIPARTICIÓN INTESTINAL - CIRUGÍA ILEAL Y METABÓLICA: DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA

Ruth Lopez-Gonzalez, Sergi Sanchez-Cordero, Andrea De Miguel, Jordi Pujol.

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, España.

Introducción: La bipartición intestinal es una técnica descrita por Santoro en 2004 que se describe como una gastrectomía vertical asociada a una anastomosis gastro-ileal y otra ileo-ileal. No se realiza exclusión intestinal por lo que se mantiene acceso endoscópico completo. Se propone como alternativa a cruce duodenal con mayor facilidad técnica en casos de superobesidad (IMC mayor a 50 kg/m²)

Objetivo: Descripción de técnica quirúrgica bariátrica: bipartición intestinal tipo Santoro por vía laparoscópica.

Material y métodos: Hombre de 23 años sin antecedentes médicos de interés que consulta con un Índice de Masa Corporal (IMC) máximo de 76 kg/m² (peso máximo de 223 kg y talla de 1'71m) y actual de 71 kg/m² (peso actual de 210 kg).

Se realiza estudio preoperatorio y se presenta en comité multidisciplinar considerándose apto para cirugía bariátrica y se propone para BI tipo Santoro por vía laparoscópica.

Inicialmente se realiza un reservorio gástrico para posteriormente realizar contaje de asas de yeyuno desde válvula ileocecal y confeccionar la anastomosis gastro-ileal manual bicapa. Posteriormente realizaremos la anastomosis ileo-ileal.

Se comprueban anastomosis con azul de metileno y se cierran defectos.

Tiempo quirúrgico total de 120 minutos.

El paciente fue dado de alta al tercer día postoperatorio con correcta tolerancia oral.

Conclusiones: La BI es una técnica segura y factible con resultados similares al cruce duodenal en cuanto a pérdida ponderal de peso y mejoría de comorbilidades, pero con mayor facilidad quirúrgica por lo que debemos tenerlo en cuenta como alternativa especialmente en pacientes con IMC mayor a 50 kg/m².

V-42

CIRUGÍA DE CONVERSIÓN: DE UNA TÉCNICA PRIMARIA ANTIRREFLUJO A BYPASS GÁSTRICO ASISTIDO POR ROBOT

Rafael González-Costea Martínez¹, Elena Romera Barba¹, Inmaculada Navarro García¹, Nuria María Torregrosa Pérez¹, Clara Giménez Francés¹, Cecilia Gijón Román¹, Beatriz Gómez Molina¹, Elena Crespo Álvarez¹, Julia García Urbán¹, Jose Rodriguez Romera².

¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España; ²Universidad de Valencia, Valencia, España.

Objetivos: El RGE es muy común y afecta a aproximadamente un tercio de la población general y hasta 70% de los pacientes con obesidad severa. El procedimiento más comúnmente realizado es la funduplicatura por laparoscopia, la cual ha demostrado ser efectiva y segura en la población general; no obstante, su efectividad en pacientes con obesidad ha sido objeto de debate ya que en la literatura se muestran tasas de recurrencia de reflujo en más de 30% de los pacientes con obesidad a mediano y largo plazo. En este sentido, el bypass gástrico (BPG) ha recibido atención especial como tratamiento en esta población. Su eficacia se debe a varios mecanismos. se debe a varios mecanismos. En primer lugar, la pérdida peso resulta en una disminución de la PIA y del gradiente de presión toracoabdominal. En segundo lugar, la creación de un pequeño reservorio gástrico desvía la mayor parte del contenido ácido del estómago distalmente y, por tanto, disminuye la exposición de éste hacia el esófago. Asimismo, el vaciamiento de este reservorio gástrico se encuentra acelerado en comparación con un estómago intacto, lo que contribuye a una menor exposición esofágica de ácido. Y finalmente, se previene el reflujo biliar en estos pacientes debido a la modificación anatómica.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 55 años, con antecedentes de funduplicatura Nissen laparoscópica en 2004 por hernia de hiato, cirugía de eventración del trocar umbilical en 2005, HTA, SAHS, obesidad (peso 130 kg e IMC de 40,57 kg/m²) y con sintomatología de ERGE. Se realizó gastroscopia que fue normal y tránsito esofagogástrico evidenciando la existencia de reflujo. La pHmetría y la manometría fueron patológicas, con un índice de DeMeester 35, motivo por el cual se propone para realizar un *bypass* gástrico asistido por robot.

Resultado: La duración de la cirugía fue 180 minutos. El paciente fue dado de alta al segundo día postoperatorio sin incidencias. A los 2 meses presentaba una pérdida de peso de unos 10 kilogramos, sin clínica de reflujo y con tolerancia oral adecuada.

Conclusión: En pacientes con hernia de hiato recurrente sintomática tras funduplicatura e indicación de cirugía bariátrica el *bypass* gástrico ha demostrado ser altamente efectivo en la remisión de síntomas, si bien presenta una mayor dificultad técnica, mayor morbilidad y tiempo operatorio más prolongado. La cirugía robótica recientemente implementada en muchos centros ha demostrado ventajas como, mayor libertad de movimientos, visualización en 3D del alta definición, desaparición del temblor, menor fuerza sobre la pared abdominal, mayor ergonomía y mayor facilidad para las suturas, lo que puede contribuir a simplificar técnicas complejas como la mostrada en el video.

V-43

MALROTACIÓN INTESTINAL COMO HALLAZGO INTRAOPERATORIO EN BPG

Leire Guerrico Tome¹, Amador García Ruiz De Gordejuela¹, Ainitze Ibarzabal Olano², Enric Caubet Busquet³, Miren Padilla Otamendi¹, Estibaliz Martin Zugasti¹, Oscar González López⁴.

¹Hospital Donostia, San Sebastián, España; ²Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España; ³Espitau Vall d'Aran, Viella, España; ⁴Clínica Diagonal de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: La malrotación intestinal es una condición congénita infrecuente que generalmente se diagnostica durante la infancia. En la edad adulta puede cursar de manera asintomática y diagnosticarse de manera incidental tanto en pruebas de imagen como durante una intervención quirúrgica. Se presenta el caso de una malrotación intestinal tipo IIIA como hallazgo intraoperatorio durante un bypass gástrico.

Caso clínico: Mujer de 52 años con obesidad mórbida (IMC 41). En el estudio preoperatorio con gastroscopia se demuestra la existencia de esofagitis grado B. Con dichos hallazgos y tras una evaluación favorable por equipo multidisciplinar, se indica bypass como tratamiento de la obesidad. La paciente es intervenida de forma programada visualizándose intraoperatoriamente una malrotación intestinal tipo IIIA. Tras la confección del reservorio gástrico, al buscar el ángulo de Treitz se objetiva la malrotación. Para poder completar el bypass se decide buscar la válvula ileocecal y realizar contaje retrógrado y así identificar adecuadamente asa biliopancreática y alimentaria. Tras esto se realiza anastomosis gastroyeyunal antecólica con asa biliar de 100 cm y asa alimentaria de 150 cm. Tras la intervención quirúrgica, la paciente evoluciona de forma satisfactoria y es dada de alta al tercer día tras la intervención.

Discusión: A pesar de la escasa incidencia de la malrotación intestinal, es necesario el conocimiento de la anatomía y tener recursos quirúrgicos para poder completar el procedimiento sin incidencias.

V-44

VALOR DEL AZUL DE METILENO COMO PRUEBA DE ESTANQUEIDAD INTRAOPERATORIA

Julian Carrizo Rodriguez, Maria Moreno Gijón, Jose Luis Rodicio Miravalles, Sandra Sanz Navarro, Raquel Rodriguez Uria, Estrella Olga Turienzo Santos, Lourdes Maria Sanz Alvarez, Emilio Lopez Negrete Cueto, Giana Pamela Ibero Casadiego.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Objetivo: Mostrar la utilidad del azul de metileno para evaluar intraoperatoriamente la integridad de la anastomosis durante la realización de un test de estanqueidad.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de años con un peso inicial de 196 kg, talla de 172cm, y un IMC de 66,5 kg/m². El paciente presentaba como comorbilidades asociadas diabetes mellitus tipo 2 (DM), hipertensión arterial (HTA), síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAOS), esteatosis hepática y síndrome ansioso depresivo. Según el protocolo de actuación de la unidad de Cirugía Bariátrica de nuestro hospital se le propone la realización de un *bypass* gástrico distal por abordaje laparoscópico. Tras enviar al paciente a optimización nutricional alcanza un peso prequirúrgico de 152kg, con un IMC de 51,4 kg/m², lo que supone un sobrepeso perdido preoperatorio (SPP) de 30%.

Resultados: La cirugía comienza con la calibración de 50cm del asa biliopancreática desde el ángulo de Treitz y sección de la misma con endograpadora lineal 60mm 2,5mm. Se calibra el asa común desde la válvula ileocecal con una medida de 100cm para realizar el pie de asa con endograpadora lineal 60mm y 2,5mm y cierre intestinal con una sutura continua de V-loc 3/0 reabsorbible. El tiempo restrictivo comienza con la disección de la curvadura menor para acceso a la transcavidad, disección del His y realizar el reservorio gástrico primero con una sección horizontal y dos verticales con endograpadora lineal 60mm 3,5mm. Pasamos el asa alimentaria, que en nuestro caso no medimos, por el pie de asa y se realiza la anastomosis gastroyeyunal con endograpadora lineal 60mm 3,5mm calibrada con una sonda de 36Fr. El cierre del defecto se realiza con una sutura continua V-loc 3/0 reabsorbible. Realizamos el test de estanqueidad con azul de metileno, que es una maniobra rutinaria, y tras campliar el asa yeyunal con una pinza observamos que no se distiende la misma con el azul para más tarde al movilizar la anastomosis comprobar una fuga importante de azul en la cara posterior de la anastomosis por un defecto de unos 0,5cm que se sutura con V-loc 3/0 reabsorbible con nueva comprobación posterior con azul de metileno favorable observando en este caso como distiende el asa sin fuga del azul.

Por último cerramos el defecto mesentérico del pie de asa y el espacio de Petersen con una sutura continua de V-Loc 3/0 irreabsorbible. El postoperatorio del paciente transcurrió sin incidencias.

Conclusiones: El vídeo nos muestra la gran utilidad del azul de metileno para identificar fugas de la anastomosis a nivel intraoperatorio y resolverlas en el mismo acto.

V-45

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DEL PIE DE ASA DESPUÉS DEL BY-PASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX

Álex Morera Grau, Gemma Bosch, Marc Beisani, David Benaiges, Carme Serra, Mireia Clivillé, Carolina Claveria, Anna Casajoana, Manuel Pera.

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción/Objetivos: La oclusión intestinal constituye una de las complicaciones más recurrentes en individuos con antecedentes de bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR). Cuando la oclusión intestinal compromete el pie de asa, los síntomas son inespecíficos y un diagnóstico radiológico tardío puede contribuir al aumento de complicaciones en los casos que requieren cirugía de urgencia.

El propósito de este video es destacar dos escenarios distintos de oclusión intestinal originados por complicaciones en el pie de asa. Caso 1: intususpección del pie de asa, caso 2: hernia intermesentérica asociada a malrotación del muñón ciego del pie de asa.

Material y métodos: Revisión de historia clínica y vídeos de laparoscopia.

En el primer caso, un hombre de 33 años con BPGYR en 2017 por obesidad (IMC máximo de 44 kg/m²) que presenta dolor abdominal inespecífico y suboclusiones del intestino delgado 3 años después de la cirugía. La TC reveló un signo de "diana". Inicialmente se realizó una laparoscopia que observaba una brida en el mesosigma. A pesar de la intervención, persistieron los síntomas, lo que llevó a una segunda laparoscopia que identificó una intususpección en el asa alimentaria (AA) en el pie de asa. La cirugía incluyó la exploración de AC (400 cm), biliopancreática (BP, 50 cm) y AA (150 cm), revelando una invaginación de la AA en el pie de asa. Se seccionó el pie de asa, seccionando el trípode entre AC, AA y BP con endograpadoras. Luego, se reconstruyó el tracto gastrointestinal realizando una anastomosis isoperistáltica semimecánica entre el muñón de AA y AC. A 20 cm distal, se realizó una anastomosis entre BP y AC para configurar el nuevo pie de asa. La cirugía concluyó con el cierre de las dos brechas intermesentéricas. El postoperatorio fue sin complicaciones, y el paciente fue dado de alta al tercer día.

En el segundo caso, un hombre de 35 años con BPGYR en 2013 e IMC máximo de 41 kg/m² presentó dolor abdominal cólico a los 10 años de la cirugía, con un IMC de 31 kg/m². La TC mostró el signo de "hooking intestine", sugiriendo una hernia de Petersen, lo que indicó una laparoscopia exploradora. En la cirugía se observó un muñón de asa BP de 10 cm dilatado y malrotado secundario a una hernia intermesentérica. Se seccionó el muñón ciego y se cerró el defecto con sutura barbada. El orificio de Petersen permanecía cerrado. El postoperatorio fue satisfactorio, y el paciente fue dado de alta el mismo día, sin reaparición de síntomas un mes después.

Conclusión: Las complicaciones de urgencia relacionadas con el pie de asa después del BPGYR se caracterizan por una clínica inespecífica y cambios radiológicos no siempre concluyentes. Actualmente, la laparoscopia exploradora se considera la herramienta diagnóstico-terapéutica definitiva.

V-46

ÚLCERA MARGINAL PERFORADA, A PROPÓSITO DE UN CASO CURIOSO

Mar Vallés Moltó, Manuel Medina García, Débora Acín Gándara, Elena Ruiz Úcar, Pablo Haro Preston, Paula Fernandez Briones, María Muñoz Martín, Natalia Rodríguez Blázquez, Fernando Pereira Pérez.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España.

Objetivos: Presentar la resolución final de de una úlcera marginal perforada tras un bypass gástrico que requirió reanastomosis gastroyeyunal y gastrectomía subtotal del remanente con resultado satisfactorio.

Material y metodos: La úlcera marginal es una de las complicaciones características, aunque poco frecuentes de la cirugía del bypass gástrico. Menos común es aun la perforación de esta, pudiendo llegar a ser una complicación potencialmente mortal.

Aunque la fisiopatología es multifactorial y actualmente se encuentra en estudio, si que existen ciertos factores de riesgo comúnmente descritos que se han visto relacionados, de los cuales destacan el tabaquismo, la DM II y la toma de AINES.

Presentamos el caso de una mujer de 34 años, fumadora, diabética tipo II entre otros antecedentes, a la que se le realizó un bypass gástrico por obesidad mórbida (IMC 46). La paciente comienza con dolores abdominales a los 5 meses postcirugía por lo que se decide realizar endoscopia digestiva alta en la que se observa úlcera de 2cm con fondo fibroso en la vertiente intestinal de la anastomosis, la cual se trata de forma conservadora con IBPs y fuerte recomendación del cese del hábito tabáquico. Se realiza endoscopia de control a los 4 meses en la que se observa empeoramiento y aumento de tamaño de la úlcera. Se decide reintervenir a la paciente para realizar resección de la anastomosis y de esta forma extirpar la úlcera.

Resultados: Previo a la cirugía se decide realizar prueba de imagen con tránsito y descartar otro tipo de complicaciones relacionadas como sería la perforación de la úlcera o la presencia de una fístula gastro-gástrica. En ella no se observan hallazgos patológicos.

Se realizó intervención mediante laparoscopia en la que fue necesario disecar cuidadosamente la anastomosis gastroyeyunal, ya que presentaba abundantes adherencias. Al conseguir individualizar la anastomosis, se halló de forma inesperada perforación de la úlcera que penetraba hasta la cara anterior del remanente gástrico. Es por ello que además de la resección de la anastomosis y nueva reconstrucción, hubo que realizar una gastrectomía subtotal del remanente. La paciente fue dada de alta a las 48 horas con muy buena evolución y sin complicaciones.

Conclusiones: -El tratamiento quirúrgico de la úlcera marginal es un tratamiento agresivo, pero que se debe de tener en cuenta ante la más mínima sospecha de ineficacia de tratamiento conservador, ya que ofrece resultados óptimos, y puede salvar al paciente de complicaciones potencialmente mortales.

- El uso de pruebas de imagen con resultados aparentemente normales no debe influirnos a la hora de realizar una buena exploración el momento de la cirugía y estar preparados para cualquier hallazgo inesperado.
- Es de gran importancia hacer hincapié en los factores de riesgo modificables de los pacientes, ya que en gran cantidad de ocasiones, estos pueden ser la principal causa de complicación.

V-47

ONE ANASTOMOSIS TRANSIT BIPARTITION: STEP-BY-STEP

JeanCarlos Trujillo Díaz¹, Carlos Abril Vega², Juan Pablo Pantoja², Daniel Guerrón², Javed Raza², Juan Barajas Gamboa², John Rodríguez².

¹Hospital Medina del Campo, Valladolid, España; ²Cleveland Clinic Abu Dhabi, Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos.

Objetivos: La obesidad mórbida y la diabetes mellitus tipo 2(DM2) son dos patologías que se han convertido en problemas de salud pública a nivel mundial.El tratamiento más eficaz para la obesidad-mórbida asociada a DM2 es la cirugía bariátrica.

El procedimiento de gastrectomía vertical asociada a bipartición del tránsito intestinal (SGTB),fue introducido en 2006 por Santoro et al.Es similar al cruce duodenal pero sin realizar una exclusión duodenal lo que lo convierte en un procedimiento quirúrgico menos complejo,además amplifica la estimulación nutritiva del intestino distal al mismo tiempo que disminuye la exposición del intestino proximal a los nutrientes,sin desactivar completamente el duodeno y el yeyuno.Varias estudios a corto plazo sobre el SGTB han demostrado que es un procedimiento seguro y eficaz en la pérdida de peso y la resolución de comorbilidades como la DM2,HTA,dislipidemia entre otros,con mínimas complicaciones y sin causar desnutrición.

En 2016,Mahdy et al. introdujeron una modificación del SGTB.En lugar de una anastomosis en Y-de-roux,realizaron una sola anastomosis en asa entre el antro y el íleon(OATB).Al reducir el número de anastomosis el procedimiento demostró ser más seguro y técnicamente menos complejo,conservando el efecto terapéutico del SGTB.

Presentamos el caso de un paciente a quien se le realiza este procedimiento quirúrgico(OATB),y mostramos la técnica paso a paso.

Material y método: Presentación tipo-vídeo.

Resultados: Varón de 55 años,con obesidad mórbida sin pérdida considerable de peso con tratamiento médico. Antecedentes:DM2,HTA,dislipidemia y SAOS.Peso:148kg, IMC:45.7kg/m².Analítica sanguínea: HbA1c:7,5. Tránsito esófago-gástrico:no RGE ni hernia hiatal.

Ante estos hallazgos se decide en comité multidisciplinar realizar cirugía mediante abordaje laparoscópico: OATB.

Se utilizan 5 trócares(1x12mm y 4x5mm). El primer paso es la división del epiplón mayor, seguidamente se localiza la válvula íleo-cecal(VIC) para continuar con la medición del íleon desde la VIC,se realiza marcaje al 1, 2 y 3 metros respectivamente con clips metálicos,y con punto de V-Lock a 280cm de la VIC que nos servirá posteriormente para confección el primer plano posterior de la anastomosis gastro-ileal(GI).

El siguiente paso es la confección de la manga gástrica usando cargas de EndoGIA-reforzadas y calibrada con una sonda-40F.Se realiza una buena disección del borde inferior del antro que será el lugar donde realizaremos la anastomosis.

Se realiza una anastomosis GI manual-biplano(x2),utilizamos el V-Lock que habíamos dejado marcado para confeccionar el primer plano de la pared-posterior. Con la ayuda de una regla se comprueba que tengamos una anastomosis de aprox. 3-3,5cm. Se realiza la gastrotomía(antro) y enterotomía(íleon), posteriormente se realiza un segundo plano posterior con PDS 3-0.Luego se realizan dos planos en la cara anterior de la anastomosis utilizando PDS 3-0.Finalmente se realiza la comprobación de estanqueidad mediante endoscopia-intraoperatoria.

El paciente tuvo un postoperatorio satisfactorio,buen control del dolor,deambulación y tolerancia oral precoz,estabilidad clínica y analítica por lo que se decide alta médica el 1ºDPO.

Conclusiones: El OATB es un procedimiento eficaz en pacientes obesos y metabólicos,con buenos resultados en la pérdida de peso y resolución de las comorbilidades.

Al realizar solo una anastomosis se simplifica la técnica original(SGTB) que conlleva menor tiempo quirúrgico,menor riesgo de complicaciones como leaks y hernias internas.

V-48

REVERSION LAPAROSCOPICA DE BY PASS GASTRICO A ANATOMIA NORMAL

Ramon Trullenque Juan, Nuria Peris Tomas, Maria Dolores Periañez Gomez, Jose Angel Diez Ares, Carmen Paya Llorente, Sergio Navarro Martinez, Ana Alvarez, Juan Carlos Sebastian Tomas, Alvaro Perez Rubio.

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Paciente de 49 años, con los siguientes antecedentes personales:

No amc, by pass gastrico laparoscópico hace 5 años, hipertrituridismo síndrome ansioso depresivo.

Como enfermedad actual presenta hipovitaminosis K adquirida tras la cirugía bariátrica que no es reversible con el tratamiento médico, por lo que se decide en la comisión de obesidad del centro la reversion del by pass. Iniciamos la cirugía con el contaje de las asas: biliar de 80cm, alimentaria de 130cm y canal comun de 5 metros.

En primer lugar seccionamos el asa yeyunal de la anastomosis gastroyeyunal distal a la anastomosis, con posterior seccion del reservorio sobre esta anastomosis. Confeccion de anastomosis gastro (reservorio) gastrica (remanente gastrico) con grapadora lineal de 45mm.

Se desmonta el pie de asa mediante 2 grapadores de grapadora lineal de 60mm. Concluimos la cirugía con una última anastomosis isoperistáltica lineal entre las asas biliar y alimentaria para de esta manera restituir el tránsito.

El postoperatorio se desarrolla de forma lenta, con hemorragia persistente por el drenaje abdominal que requirió de transfusión de 2 concentrados de hemáties, siendo dada de alta la paciente al 12º día.

Actualmente la evolución es insidiosa con dificultad todavía para normalizar la coagulopatía.

Se trata de procedimientos complejos, que pueden asociar morbilidad y cierta incertidumbre para la resolución del problema.

V-49

VÓLVULO DE INTESTINO DELGADO ESPONTÁNEO EN PACIENTE CON UN BGYR

Silvia Fernández Noel, Julia Gutiérrez De Prado, Alberto García Picazo, Lucía Lavín, Mercedes Bernaldo De Quiros, Sofía Lorenzo Mañas, Cristina Alegre, Pilar Gómez, Javier Martínez Caballero, Elías Rodríguez Cuellar.
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Objetivos: El bypass gástrico en Y Roux laparoscópico (BGYR) es una de las técnicas quirúrgicas más frecuentemente empleadas en la cirugía bariátrica. Una de las complicaciones postoperatorias descritas es la obstrucción intestinal, se ha descrito una incidencia de 0.2 a 4.5%, pudiendo producirse años o meses después de la cirugía. Las hernias internas son la causa mas frecuente de obstrucción intestinal tras BGYR siendo más raro la aparición de vólvulos de intestino delgado (ID) no secundarios a hernias internas. Presentamos los hallazgos quirúrgicos de una paciente intervenida de BGYR con obstrucción intestinal tras volvulación del asa alimentaria-comun.

Material y métodos: Paciente mujer de 59 años, intervenida de BGYR hace 2 años (antecólico; cierres de espacio de Petersen y brecha mesentérica. Como complicaciones postoperatorias, presenta al quinto día postoperatorio una pequeña colección (<4cm) en la anastomosis gastroyeyunal, con sospecha de fuga anastomótica, que se manejó de forma conservadora con adecuada resolución. Dos años tras el alta, acude a nuestro servicio de Urgencias por un dolor abdominal generalizado cólico, súbito, de alta intensidad que solo cede con analgesia de segundo escalón (opioides). Hemodinámicamente estable sin alteraciones analíticas. Refiere náuseas, no ha realizado vómitos. En la exploración abdominal destaca dolor intenso a la palpación en hemiabdomen izquierdo, sin defensa ni signos de peritonismo. Desde la intervención refiere pérdida de 70kg (IMC de 58 a 31). Se realiza tomografía computarizada (TC). En dichas imágenes observamos: dilatación retrograda del ID desde el pie de asa y estenosis a dicho nivel. Ingurgitación de los vasos del meso del ID con signos de sufrimiento intestinal que sugieren volvulación de este, pero sin objetivarse una clara hernia interna que lo justifique, líquido libre. Se decide intervención quirúrgica urgente.

Resultados: Se realiza un abordaje laparoscópico con aguja de Veres. Se observan adherencias del reservorio gástrico al lóbulo hepático izquierdo y del epiplón a pared anterior abdominal precisando adhesiolisis. Posteriormente iniciamos la revisión: dilatación de las asas de ID de 3-4 cm de diámetro desde la anastomosis gastroyeyunal, paredes bien vascularizadas y peristalsis aumentada. Rotación e ingurgitación de los vasos del mesenterio así como líquido quiloso indicativo de obstrucción de vasos linfáticos del meso. A medida que revisamos el paquete intestinal hacia el pie de asa mediante una suave tracción de las asas de ID dilatadas, observamos como el meso del ID comienza a desrotarse, hasta quedar en posición anatómica. Llegamos hasta el pie de asa, donde se observa el final de la dilatación con el resto de las asas colapsada. No encontramos presencia de ninguna brecha mesentérica ni adherencia. No encontramos estenosis de las anastomosis del asa biliar. Comprobamos de nuevo el paquete intestinal hasta la válvula ileocecal sin encontrar ningún punto de obstrucción. Realizamos lavado del líquido hallado y damos por finalizada la intervención quirúrgica.

Conclusiones: Nos encontramos ante un hallazgo de obstrucción de ID en un paciente con antecedente de BGYR, donde lo mas frecuente sería una causa secundaria (hernia interna, adherencias); pero lo que observamos es un vólvulo intestinal espontaneo.

V-50

OCCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A DISTALIZACIÓN DE ASA BILIOPANCREÁTICA: ENFRENTANDO COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA REVISIONAL

Alberto Macedo, Belén Mifsud, Anna Curell, Paula González, Víctor Turrado, Jordi Farguell, Dulce Momblán, Miguel Pera, Ainitze Ibarzábal.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Objetivos: La cirugía revisional como tratamiento de la reganancia ponderal está adquiriendo gran importancia en nuestro entorno. Técnicas como el *re-sleeve* o la distalización de un *bypass* previo pueden condicionar una mejoría de la pérdida ponderal y resolución de comorbilidades asociadas a la obesidad en este tipo de pacientes. Sin embargo, no son procedimientos exentos de complicaciones. El objetivo del presente vídeo es describir el manejo quirúrgico por vía laparoscópica de un paciente con clínica de oclusión intestinal mecánica tras cirugía revisional de un *bypass* gástrico (BPG).

Material y métodos: Varón de 45 años, intervenido hace 18 años de BPG en otro centro por obesidad mórbida (IMC 47,34 kg/m²), con posterior abdominoplastia en 2012 y alcanzando un peso *nadir* de 96 kg (IMC 30,3 kg/m²). Posteriormente presentó una reganancia ponderal absoluta hasta 155 kg (IMC 47,7 kg/m²), por lo que se realiza una distalización del BPG en 2019. El peso preoperatorio fue de 155 kg y posterior de 124 kg (IMC 38 kg/m²). Consulta en urgencias de nuestro centro por un cuadro clínico de 72 horas de evolución sugestivo de oclusión intestinal. Refiere haber sido intervenido de una nueva cirugía revisional una semana antes en otro país, realizándose una nueva distalización de asa biliopancreática (ABP), habiendo sido dado de alta domiciliaria al sexto día postoperatorio. Se realiza un TC abdominopélvico que informa de cambios postquirúrgicos por *bypass* gástrico con aparente alargamiento posterior del ABP y de dilatación de asas de intestino delgado tanto del asa alimentaria (AA) como la ABP hasta el nuevo pie de asa, donde se observa un cambio brusco de calibre con colapso del asa ileal. Se decide realizar una laparoscopia exploradora, hallando una dilatación difusa del ABP y del AA con colapso del asa común (AC). A nivel del nuevo pie de asa se evidencia una sección del AC, que condiciona un asa ciega desfuncionalizada y una anastomosis estenótica y rotada entre ABP y AC a nivel más distal. La técnica quirúrgica consistió en la sección de la anastomosis estenótica y confección de una nueva anastomosis entre el AC y el ABP.

Resultados: Postoperatorio sin incidencias, con adecuada tolerancia a dieta oral y parámetros analíticos dentro del rango de la normalidad. Es dado de alta al sexto día postoperatorio. En la revisión al tercer mes presentaba 114 kg (IMC 36,8 kg/m²), lo que supone una pérdida de 10 kg sobre el peso inicial. No presentaba alteraciones significativas del tránsito intestinal ni déficits nutricionales.

Conclusiones: La cirugía bariátrica revisional se asocia a tasas elevadas de morbimortalidad. Estos procedimientos requieren un equipo y centro cualificados con el fin de evitar complicaciones potencialmente complejas en cuanto aspectos resolutivos, técnicos y de toma de decisiones de forma intraoperatoria.

V-51

GASTRECTOMÍA PROFILÁCTICA DEL REMANENTE GÁSTRICO

Andrés García Fernández, Pilar Del Pozo Elso, Pedro Yunta Abarca, Arantxa Villadóniga Sánchez, Almudena Moreno Sierra.

Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, Cuenca, España.

Se presenta el caso de un varón de 49 años sometido en el año 2012 a un bypass gastroileal por una obesidad mórbida grado II con IMC de 38 asociada a una diabetes mellitus de mal control. Varios años tras la intervención, el paciente es remitido a consulta de Cirugía General de nuestro centro desde Digestivo, donde está en seguimiento por alto riesgo de cáncer gástrico de origen familiar. El paciente presenta cuatro familiares fallecidos como consecuencia de adenocarcinoma gástrico: su padre, su abuela paterna, su tía paterna y su tía-abuela paterna. No se dispone de estudio genético familiar. Tras valorar las opciones de seguimiento disponibles para disminuir el riesgo de cáncer gástrico avanzado en este paciente y ante la imposibilidad de acceder endoscópicamente al remanente gástrico, se indica la realización de una gastrectomía profiláctica del remanente gástrico. Esta decisión se soporta ante la necesidad de seguimiento endoscópico anual y por los buenos resultados publicados en casos de bypass gástrico con gastrectomía directa en cuanto a pérdida de peso y control metabólico a largo plazo comparados con pacientes con bypass gástrico estándar.

La cirugía se realizó sin incidencias, recuperándose el paciente de forma completa y manteniendo un peso y glucemias estables al año de seguimiento.

V-52

INTERVENCIÓN DE HERNIA DE HIATO GIGANTE Y CIRUGÍA DE OBESIDAD MEDIANTE TÉCNICA NISSEN-SLEEVE

Marta Iglesias Trigo¹, Rebeca Maruri Aldaz², Ignacio Maruri Chimeno¹, Raquel Sánchez Santos¹, Marta López Otero¹, Patricia Jove Albores¹, Isabel Otero Martínez¹, María Hermelinda Pardellas¹, Sonia González¹, Santiago Mesa Delgado¹.

¹Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, Vigo, España; ²Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Introducción y Objetivos: La hernia de hiato y el reflujo gastroesofágico se asocian íntimamente con la obesidad. Es por ello, que la prevalencia aumenta en la población con obesidad mórbida. La cirugía de elección en pacientes con reflujo y obesidad mórbida es el bypass gástrico laparoscópico, pero, en determinadas ocasiones, no es posible realizar esta cirugía por determinadas condiciones médicas.

La técnica restrictiva más utilizada actualmente y una de las técnicas más usadas entre todas las técnicas de cirugía bariátrica es la gastrectomía vertical (Sleeve). Esta técnica crea una manga gástrica de alta presión y altera la función del esfínter esofágico inferior, asociando recurrencia o aparición de reflujo gastroesofágico de nueva aparición.

De esta forma, para disminuir el reflujo postoperatorio o para casos en que los pacientes presentan hernia de hiato o reflujo previo, surge el Nissen-Sleeve como alternativa al Bypass gástrico laparoscópico.

Nuestro objetivo, es presentar un vídeo de un Nissen- Sleeve en un paciente que presentaba una hernia de hiato gigante y obesidad asociada.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 56 años con antecedentes de hipertensión y dislipemia. En el preoperatorio se realizaron como pruebas complementarias una endoscopia digestiva alta y una ecografía abdominal que evidenciaron gastritis y Helicobacter pylori que se trató previamente a la intervención.

El paciente presentaba un IMC de 34, una hernia de hiato gigante y gastritis por lo que fue sometido a Nissen Sleeve.

Para calibrar la manga gástrica y la valva durante la intervención y de esta manera prevenir la estenosis, se utiliza una sonda de Foucher.

Resultados: El paciente como complicaciones en el postoperatorio inmediato, presentó un episodio de desaturación por lo que reingresó en la reanimación de nuestro hospital, siendo diagnosticado de insuficiencia respiratoria aguda en el postoperatorio inmediato en relación con descompresión pulmonar tras reducción de hernia hiato.

Posteriormente, presentó tolerancia paulatina de la dieta y fue dado de alta al 11º día postoperatorio sin más complicaciones añadidas.

Conclusiones: El Nissen Sleeve se ha propuesto como una técnica alternativa al Bypass Gástrico laparoscópico. En un inicio la controversia de esta técnica se asoció a la posibilidad de comprometer la vascularización de la valva gástrica tras la sección de los vasos cortos durante la gastrectomía. Para ello, en nuestro hospital, durante la cirugía se realiza la comprobación de la vascularización con el ICG.

Posteriormente, numerosos estudios han demostrado que la vascularización no se ve comprometida ya que es irrigado por arterias principales y colaterales intra y extramurales. Concluimos, en que el Nissen Sleeve es una técnica segura en personal experto y una buena alternativa en los casos de obesidad con reflujo o hernia de hiato asociada en los que no es posible realizar bypass.

V-53

GASTRECTOMÍA VERTICAL MAS GASTROPEXIA CON EL LIGAMENTO REDONDO EN CIRUGÍA PRIMARIA

Jose Luis De La Cruz Vigo, Jose Maria Canga Presa, Pilar Sanz De La Morena.

Hospital HM San Francisco. Leon, Leon, España.

Objetivos: La Gastrectomía Vertical (G.V.) es el procedimiento actualmente más utilizado en Cirugía Bariátrica. Se estima que la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), afecta a más del 50% de pacientes con IMC $> 30 \frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$. Está documentado que la G.V. ocasiona reflujo " de novo" en al menos 20% de pacientes, empeorando generalmente el ya existente. Para solucionar y/o prevenir este problema, si existía ERGE o hernia hiatal (HH), se han utilizado varios procedimientos técnicos; el primero y más usado ha sido la disección del hiato esofágico, corrección de la HH y cierre del hiato con puntos sueltos de material irreabsorbible. En 2015 Galvez-Valdovino y nuestro propio grupo publicamos añadir a la G.V. una pexia con el ligamento redondo (L.R.) una técnica modificada de la operación de Narbona. Hawasli en 2016 añade una funduplicatura anterior a la G.V.y el mismo año Noca introduce el Nissen-Sleeve. El objeto de la presente comunicación es mostrar la técnica de la pexia con el ligamento redondo LR.

Material y métodos: Paciente de 47 años de edad, con IMC: $34 \frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$. En el transito esofago-gástrico preoperatorio mínima hernia hiatal por deslizamiento, endoscopia no esofagitis, mínima hernia hiatal, cardias incompetente. En tratamiento con IBP desde 3 años antes. **Intervención abril 2021.** Paciente en decúbito supino, litotomía AntiTrendelenburg. Cirujano en posición francesa. Se colocan 5 trócares, 2 de 12mm para el cirujano, 1 de 10 mm para la óptica y 2 de 5 mm. Se comienza seccionando la pars flácida del ligamento falciforme, con coagulación bipolar computarizada, hasta la apertura del ligamento triangular. La disección se continua en sentido distal, respetando la vascularización, hasta la inserción umbilical donde es seccionado. La disección peri y retroesofágica se aborda desde el pilar derecho identificando sendos nervios vagos. Una vez conseguidos 4-5 cm de esófago abdominal sin tensión, se continua con el cierre retroesofágico de los pilares con dos puntos sueltos intracorpóreos de seda 0. Comienza ahora la G.V. a 3-4 cm proximales al píloro. La línea de sección gástrica es reforzada con sutura continua evertida de byosin 000. El LR se pasa retroesofágico, rodeando posteriormente la cara anterior del esófago que ha sido tutorizado con una sonda 34F. El extremo distal del ligamento se sutura sobre si mismo con puntos de seda 00 creando una "corbata" alrededor del esófago al cual también se ancla en su borde superior e inferior. El avance sucesivo de la sonda nos asegura la ausencia de estenosis y torsión.

Resultados: Transito con Gastrografin a las 24 horas, no hernia hiatal buen paso en unión esofago-gástrica (UEG) sin estenosis. Postoperatorio sin incidencias, alta a las 48 horas postoperatorias. En revisión a los 33 meses, ingesta sin disfagia, no pirosis ni regurgitación, no precisa IBP. Transito esofago-gástrico: ausencia de HH y de reflujo radiológico. Progresión normal del contraste baritado a través de UEG. Endoscopia: no HH no esofagitis.

Conclusiones: La técnica del L.R. asociada a la G.V. en cirugía primaria es reproducible y eficaz, sin incrementar la morbilidad.

V-54

MALROTACIÓN INTESTINAL: CAMBIO DE PLANES

Esther Ferrero Celemín, Jose Daniel Sánchez López, Jose María Gil López, Fátima Sánchez-Cabezudo Noriega, María Hernández O'really, Inmaculada Mellado Sánchez, Juan Gajda Escudero, Carolina Peck, Carmen Rodriguez Haro, Antonio Luis Picardo Nieto.

Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes, España.

Objetivo: Presentamos el caso de un paciente con obesidad grado II y malrotación intestinal.

Material y métodos: Paciente de 40 años de edad con antecedentes de síndrome metabólico y obesidad grado II. Que en consulta se propuso realizar bypass gástrico y tras realizar pruebas preoperatorias se cambia la indicación a gastrectomía vertical.

Resultados y Conclusiones

En nuestro centro se realizan una serie de pruebas antes de decidir la técnica a realizar (ECO, EGD y Gastroscopia). En este caso el paciente había tenido una pancreatitis aguda alitiásica por lo que en el TAC de diagnóstico ya se observó la malrotación intestinal que motivó el cambio de estrategia quirúrgica.

Es importantne presentar los casos en sesión multidisciplinar y decidir en consenso con endocrino que técnica es la más adecuada para cada paciente.

V-55

ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL EN BYPASS GÁSTRICO: OPCIONES TÉCNICAS

Paula González Atienza, Anna Curell, Belen Mifsud, Victor Turrado Rodriguez, Jordi Farguell Piulachs, Dulce Momblán, Miguel Pera, Ainitze Ibarzabal.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: El bypass gástrico es considerado la técnica quirúrgica *gold standard* en el tratamiento de la obesidad, ya que ha demostrado resultados favorables a largo plazo tanto en pérdida ponderal como en mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad.

Existen múltiples opciones técnicas para realizar la anastomosis gastroyeyunal. A pesar de que pueden existir pequeñas variaciones, podemos agruparlas en tres tipos de anastomosis: manual, mecánica circular y mecánica lineal. Cada una de ellas presenta ventajas e inconvenientes, siendo el tipo de anastomosis de elección todavía un motivo de controversia en la literatura.

El objetivo del presente vídeo es analizar los aspectos técnicos de estos tres tipos principales de anastomosis gastroyeyunales, que todo cirujano bariátrico debería conocer a fin de tener herramientas suficientes para adaptarse a las diversas situaciones clínicas que puedan presentarse.

Métodos: En este vídeo mostramos la realización de los distintos tipos de anastomosis gastroyeyunales así como los pros y contras asociados a cada técnica quirúrgica.

Resultados: Las anastomosis mecánicas se dividen en dos grupos: lineales y circulares. Las anastomosis mecánicas lineales se asocian a menor tiempo quirúrgico, ya que no se requiere de asistentes con amplia experiencia ni es necesario modificar los trócares; no obstante, es cierto que el diámetro de la anastomosis puede resultar variable y que puede resultar técnicamente más demandante al requerir cerrar manualmente la enterotomía resultante de la introducción del dispositivo endograpador. Las anastomosis mecánicas circulares garantizan anastomosis uniformes a diferencia de las lineales. Sin embargo, se ha descrito una mayor incidencia de estenosis y complicaciones de la pared abdominal (dolor, infección de herida quirúrgica). Las anastomosis manuales, si bien es cierto que requieren de mayor tiempo quirúrgico y pueden requerir de mayor habilidad y destreza técnicas, permiten adaptarse a discordancias de calibre, grosor de tejidos y a situaciones anatómicas complejas.

Conclusión: Puesto que no existe literatura suficiente que muestre diferencias estadísticamente significativas que permitan la estandarización de la confección de la anastomosis gastroyeyunal, nos parece recomendable que los cirujanos bariátricos conozcan dichas técnicas a fin de poder disponer de recursos suficientes para adaptarse a diferentes escenarios quirúrgicos.

V-56

QUILOPERITONEO SECUNDARIO A HERNIA INTERNA POR SÍNDROME ADHERENCIAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTE QUIRÚRGICO DE BYPASS GASTROYEYUNAL LAPAROSCÓPICO

María Alejandra García Durán, Marta París Sans, Èlia Bartra Balcells, Miriam Galiana Rubio, Nicolak Lobo Flores, Margarida Vives Espelta, Fàtima Sabench Pereferrer, Anna Trinidad Borràs, Esther Raga Carceller, Daniel Del Castillo Déjardin.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España.

Introducción: El quiloperitoneo o ascitis quilosa es una entidad rara y de difícil diagnóstico, que puede deberse a procesos crónicos como la cirrosis hepática, procesos malignos, infecciosos, inflamatorios, traumáticos o postoperatorios, cuyo mecanismo fisiopatológico radica en la obstrucción o disrupción de los conductos linfáticos. La aparición de hernias internas tras un bypass gástrico es relativamente frecuente, sin embargo, también pueden ser secundarias a cuadros adherenciales.

Exposición de caso:

Paciente masculino de 50 años de edad con antecedente de obesidad mórbida y bypass gastroyeyunal antecólico hace 5 años, con una adecuada pérdida ponderal y mejoría de las comorbilidades en los controles sucesivos. Consulta por dolor abdominal generalizado y continuo de 12 horas de evolución, de alta intensidad (EVA 10/10), sin presentar náuseas, vómitos ni otra clínica asociada

A la exploración física destaca dolor abdominal a nivel de mesogastrio, flanco e hipocondrio izquierdo que mejora con analgesia endovenosa. Analítica de sangre sin alteraciones patológicas. TC abdominal que muestra engrosamiento mural de asas de intestino delgado en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, acompañado de extenso edema de la raíz del mesenterio con discreta cantidad de líquido en la fosa ilíaca derecha y en pelvis.

Ante sospecha clínica de hernia interna se realiza intervención quirúrgica urgente, practicándose laparoscopia exploradora que evidencia extenso quiloperitoneo, asas intestinales congestivas a nivel hemiabdomen izquierdo e infiltración linfática del mesenterio afectado con presencia de brida fibrosa entre asa alimentaria y pared abdominal anterior que condiciona retracción proximal al pie de asa. Al realizar la exploración de todo el intestino delgado desde válvula ileocecal, se observa reducción progresiva del Asa Común y del pie de asa a través de un orificio generado por esta adherencia firme aproximadamente a 10cm proximal de la sutura del defecto mesentérico del bypass (defecto no permeable). Se procede a liberación de la adherencia descrita con sellador hemostático y cierre de refuerzo del defecto de Petersen y del defecto mesentérico. Evolución correcta con tolerancia oral adecuada, siendo dado de alta al 4to día postoperatorio.

Discusión: En la valoración de un paciente bariátrico portador de una técnica derivativa, siempre se debe tener como sospecha diagnóstica las hernias internas secundarias a los defectos mesentéricos y orificio de Petersen, pero no dejar de lado la posibilidad de que puedan ser producidas por un síndrome adherencial y comportarse de la misma manera. También se debe tomar en cuenta la aparición de un quiloperitoneo secundario, a pesar de ser una entidad poco frecuente y que en este caso podría ser explicada por la compresión extrínseca de los vasos linfáticos del mesenterio.