



Comunicaciones de derivación (bypass) gástrica SECO 2013

1.- INFLUENCIA DE LA LONGITUD DE ASA EN LOS RESULTADOS DEL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

I. Abellán Morcillo, J.A. Lujan Mompean, M.D. Frutos Bernal, J. Abrisqueta Carrión, Q.F. Hernández Aguera, P. Parrilla Paricio.

Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia

Introducción

La obesidad mórbida es uno de los mayores problemas de salud en el mundo occidental. La cirugía se ha mostrado como el único tratamiento eficaz. De todas las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad, el bypass gástrico en Y de Roux (BGRY) es la técnica quirúrgica estándar preferente, combinando un mecanismo restrictivo y mal-absortivo. No existe un consenso en cuanto a la longitud de asa idónea en estos pacientes, se han realizado múltiples variaciones en la longitud de asa alimentaria, sin haberse tenido en cuenta la longitud del asa común (AC) y la influencia que esta tiene sobre la pérdida de peso y los déficits nutricionales realizándose clásicamente por ello un bypass “a la carta”.

Material y métodos

En este estudio prospectivo, incluimos a 151 pacientes intervenidos de obesidad mórbida mediante DGYR laparoscópico entre 2007 y 2010. Dividimos a los pacientes en dos grupos en función de su índice de masa corporal (IMC). El grupo de pacientes obesos (IMC < 50) lo formaban 115 pacientes, los restantes 36 pacientes pertenecían al grupo de pacientes super-obesos (IMC > 50). La longitud de asa alimentaria fue de 150 cm en obesos y 200 cm en super-obesos. El asa común se midió con pinzas milimetradas. Se cuantificó la pérdida de porcentaje de peso a los 3, 12, 24 y 36 meses. También se realizaron controles analíticos seriados en los mismos periodos, analizando las cifras de ferritina, hierro, oligoelementos, vitamina E, vitamina C, vitamina A, vitamina D3, ácido fólico, proteínas totales y calcio en todos los pacientes.

Resultados

Los pacientes con IMC > 50 presentaban un segmento yeyuno-ileal (SYI) de 591 +/- 86 cm mientras que el de los pacientes con IMC < 50 era de 567 +/- 84 cm sin observar diferencias significativas entre ambos grupos. Al comparar la pérdida de porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) en ambos grupos en función del sexo y la edad, no se encontraron diferencias. Al analizar la pérdida de PSP en ambos grupos, tanto en obesos como en super-obesos, en función de la longitud del segmento intestinal yeyuno-ileal total (SYI), no obtuvimos diferencias significativas en ninguno de los periodos estudiados. La longitud del AC, tanto en el grupo de pacientes obesos (IMC < 50) como en el de super-obesos (IMC > 50) no presentó influencia sobre la pérdida de porcentaje de peso en ninguno de estos grupos para ninguno de los periodos de tiempo estudiados. Los pacientes con menor longitud de AC presentaban mayores déficits nutricionales en el seguimiento, presentando de forma significativa más deficiencia de hierro, ferritina y proteínas.

Conclusiones

La longitud del SYI total y del asa común no tiene influencia sobre la pérdida de peso en pacientes intervenidos de DGYR. Una longitud de AC menor se relaciona con mayores déficits nutricionales. Por todo ello es fundamental que el cirujano tenga en cuenta la variación que existe en el segmento yeyuno-ileal total a la hora de confeccionar la derivación así como conocer la medida del asa común.

2. DERIVACIÓN (bypass) GÁSTRICA EN UN TIEMPO LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON IMC ≥ 60

J.L. de la Cruz Vigo ⁽¹⁾, F. de la Cruz Vigo ⁽²⁾, J.M. Canga Presa ⁽³⁾, P. Sanz De La Morena ⁽¹⁾, P. Gomez Rodriguez ⁽²⁾, J.I. Martinez Pueyo ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Clínica San Francisco; ⁽²⁾ Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ⁽³⁾ Hospital Universitario Leon (CAULE);



OA

Objetivos

Los cirujanos Bariátricos han reconocido desde un principio las dificultades en el tratamiento del paciente con obesidad super-super-mórbida (SSM), tanto del propio acto quirúrgico como del manejo de las comorbilidades y las complicaciones postoperatorias precoces. Debido a la alta tasa de morbimortalidad postquirúrgica en algunos estudios, se propuso hace diez años la realización de la cirugía en dos tiempos, siendo el primero una Gastrectomía Vertical (GVL) seguida en un período variable de tiempo por una Derivación Gástrico o Bilio-pancreática. Sin embargo, no existen estudios concluyentes de que esta estrategia reporte ventajas al paciente. Evaluamos los datos quirúrgicos, las complicaciones y la evolución ponderal y de las comorbilidades de todos los pacientes de nuestra serie operados con $IMC \geq 60$ con Derivación Gástrica con Anilla por Laparoscopia (DGAL) en un solo tiempo.

Pacientes y métodos

Desde Junio de 1999 hasta Diciembre de 2011 se han intervenido 1599 pacientes por obesidad mórbida, todos ellos mediante DGAL en un solo tiempo. Cuarenta y nueve pacientes (3.3%) tenían un $IMC \geq 60$. Su edad media era 37.5 años (15-70), el 60 % mujeres. IMC medio 64.3 (60-81), peso medio :176kg, exceso de peso:112 kg. La media de comorbilidades mayores por paciente 2.7. Hipertensión 23 (47%), Hipercolesterolemia 13 (26.5%), Hiperlipemia mixta 10 (20%), Hipertrigliceridemia 15 (31%), Diabetes tipo II 12 (24.5%), SAOS 18 (37%) Osteoartropatía 39 (80%). Seguimiento medio 7.3 años y mínimo 1 año.

Resultados

Tiempo operatorio 164 minutos (90- 250). Número de trócares 7. Ninguna conversión a laparotomía ni a otra técnica. Estancia media de 3.5 días (3-7). Como complicación mayor precoz una fistula de la bolsa gástrica (1.9%) que no requirió re-intervención. Una infección urinaria que requirió ingreso. Mortalidad nula. En cuanto a complicaciones a largo plazo, tres (6.1%) pacientes precisan re-intervención, una hernia umbilical incarcerada a los 19 meses, una retirada del cerclaje de silicona y una perforación por úlcera anastomótica. Una dilatación por estenosis (2%) y una úlcera tratada médicamente. Ninguna hernia interna. En cuanto a la evolución ponderal a los 3,12, 24,36 y 60 meses y expresado como pérdida de peso (kg), porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) e IMC han sido

respectivamente: a 3 meses 39-35%-50, a 12 meses 71-60%-42, a 24 meses 91-74%-34, a 36 meses 80-67%-37, a 60 meses 74-58%-41 y a 84 meses 76-61%-40. El porcentaje de resolución/ mejoría de las comorbilidades ha sido: Hipertensión 61% / 17%, Diabetes 92%/8%, una recaída a los 5 años al ganar peso, Hiperlipemia 75%/8%, Osteoartropatía 100%, SAOS 100%.

Conclusiones

En nuestra experiencia, los obesos super-super-mórbidos pueden ser intervenidos con un DGAL en un solo tiempo sin un aumento de la morbi-mortalidad y con una evolución ponderal y de las comorbilidades muy satisfactoria, cercana al resto de obesos mórbidos. Este grupo clínico debe ser, selectiva y estrictamente evaluado preoperatoriamente y especialmente cuidado tanto intra como postoperatoriamente.

3. RESULTADOS INICIALES TRAS DERIVACIÓN GÁSTRICA LAPAROSCOPICA CON ANASTOMOSIS GASTRO-YEYUNAL MECANICA: GRAPADORA CIRCULAR (CEEA) VS LINEAL (GIA).

V. Valentí, F. Rotellar, J. Arredondo, R. Moncada, G. Frühbeck, C. Silva, J. Escalada, A. Panadero, J. Salvador, J.L. Hernandez.

Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona

Objetivos

La derivación gástrica laparoscópica (DGLYR) ha mostrado ser una técnica segura y eficaz para el tratamiento a largo plazo de la obesidad. Existen variantes técnicas en la confección de la anastomosis gastro-yeyunal siendo las anastomosis mecánicas las más frecuentemente utilizadas. En este trabajo comparamos nuestros resultados iniciales para el DGLYR tras la realización de la anastomosis mediante grapado circular (CEEA) o lineal (GIA).

Pacientes y métodos

Se revisan retrospectivamente las historias clínicas de dos grupos de pacientes homogéneos intervenidos mediante DGLYR en nuestro centro en el periodo comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2012.



OA

Los pacientes fueron agrupados según se realizó la anastomosis gastro-yeyunal con CEEA o GIA. En el segundo grupo (GIA) además del tipo de anastomosis se realizaron modificaciones en el protocolo postoperatorio. Se analizan los resultados según complicaciones iniciales postoperatorias, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria.

Resultados

98 pacientes fueron sometidos a DGLYR (CEEA = 58; GIA = 40), sin diferencias significativas según IMC preoperatorio y co-morbilidades asociadas. La media (\pm DE) de tiempo operatorio fue (CEEA = $190 \pm 45,5$ minutos; GIA = $149,3 \pm 39,8$ minutos, $p = 0,003$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de complicaciones. Sin embargo, se produjo un aumento en la incidencia de complicaciones en el grupo CEEA para infección de trocar (CEEA = 2, GIA = 0) y hemorragia digestiva (CEEA = 3, GIA = 1). Se observó un caso de fuga en el estómago desfuncionalizado en el grupo GIA. La duración de la estancia hospitalaria fue de igual modo menor para el grupo GIA (CEEA = 5 días, GIA = 3 días).

Conclusiones

El tiempo operatorio y la estancia hospitalaria fue significativamente más corto en el grupo GIA debido a las modificaciones en el protocolo postoperatorio. Las complicaciones operatorias iniciales fueron similares entre los grupos. La selección de la técnica de la anastomosis debe basarse en la experiencia del equipo, el tiempo operatorio y los resultados de complicaciones.

4. ¿INFLUENCIAN EL TIPO DE HILO EN LA ANASTOMOSIS Y EL CIERRE DEL PETERSEN EN LOS RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA DERIVACIÓN GÁSTRICA?

A. Barranco Moreno, M. Socas Macías, S. Morales Conde, M. Rubio Manzanares, S. García, C. Jordán Chaves, A. Navas Cuellar, P.P. García Luna, J. Padillo Ruiz, I. Alarcón Del Agua.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción

La estandarización técnica es la clave del éxito de la cirugía. El análisis de los resultados propios y de los publicados en la literatura conlleva habitualmente mejoras técnicas, que finalmente redundan en beneficio de los pacientes, reduciéndose la tasa de complicaciones.

Objetivos

Presentar los resultados de los pacientes sometidos a bypass gástrico en nuestro hospital. Analizando el impacto en la morbilidad de dos mejoras introducidas, el uso de sutura reabsorbible en la anastomosis gastroyeyunal y el cierre del espacio de Petersen.

Pacientes y Métodos:

Estudio retrospectivo (sobre base de datos prospectiva) de pacientes sometidos a derivación gástrica mediante laparoscopia (DGLYR) durante 5 años. Valoración preoperatoria multidisciplinar. El protocolo de estudio preoperatorio incluye ecografía, y EGD en todos los pacientes y endoscopia en mayores de 50 años y en caso de existir síntomas de RGE, Ph-manometría. Test del aliento o ureasa para la detección del H Pylory. Los pacientes fueron intervenidos por 3 cirujanos diferentes (C1, C2, C3). Practicándose la misma técnica estandarizada: asa alimentaria de 150 cm, asa biliar de 40 cm, reservorio confeccionado a la altura del segundo vaso de curvatura menor sobre tutor de 32 fr, Anastomosis LL con EndoGIA y cierre de la enterotomía con sutura continua trenzada ir-reabsorbible. Cierre de brecha mesentérica con 2 bolsas de tabaco (sutura trenzada ir-reabsorbible). No cierre del Petersen al comienzo de la serie. Problemas detectados: hernias internas a través del Petersen y un porcentaje importante de pacientes con úlceras de boca. Introduciéndose 2 mejoras técnicas: cierre sistemático del Petersen con 2 bolsas de tabaco de sutura trenzada irreabsorbible y cierre de la enterotomía con sutura continua trenzada reabsorbible a nivel de la anastomosis gastroyeyunal.

Resultados

Total de 138 obesos mórbidos (33 hombres y 105 mujeres) con edad media 38,5 años (20-58) e IMC medio 45,58. 100% de las intervenciones realizadas por laparoscópica (17 pacientes: 12,3% PU). 0% de conversiones. Estancia media 5,1 días. Mortalidad del 0%. Complicaciones mayores 3,6% (1 dehiscencia, 2 obstrucciones, 2 sangrados), requiriendo re-intervención el 60% de los pacientes complicados (1 dehiscencia, que precisó posteriormente colocación de stent recubierto y 2 obstrucciones). Alcance del máximo de pérdida de peso a los 2 años, con PSP media del 69%. PSP 3m 36%, PSP 6m 55%, PSP 1a 60%, PSP 2a 69%, PSP 3a 62%, PSP 4a 62%. En 89 pacientes se empleó sutura ir-reabsorbible en la anastomosis gastroyeyunal, frente a 49 en los que no. Presentándose un 9% frente a 8,2% de úlceras de boca anastomótica ($p = 1,00$), y un 6,7% frente a 0% de estenosis respectivamente ($p = 0,089$). En los primeros 69 pacientes NO se cerró el Petersen, presentando éste grupo un 10% de hernias internas, frente a 1,4% de los 69 pacientes en los que sí se cerró ($p = 0,062$).

Conclusiones



OA

La mejoras técnicas aplicadas conllevan una reducción de la morbilidad: el hilo reabsorbible en la anastomosis gastroyeyunal no parece reducir el porcentaje de úlceras pero si las estenosis, mientras que el cierre del espacio de Petersen asocia una reducción drástica del porcentaje de hernias internas.

5. PARTICULARIDADES DE LA DERIVACIÓN GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA EN Y DE ROUX EN CERDO OBESO

J.L. De La Cruz Vigo⁽¹⁾, L. Hernández Hurtado⁽²⁾, F.M. Sánchez Margallo⁽²⁾, I. Díaz-Güemes Martín-Portugués⁽²⁾.

⁽¹⁾ Clínica San Francisco; ⁽²⁾ Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón.

Introducción

La obesidad mórbida es un problema de salud muy preocupante en los países industrializados, en especial como consecuencia del efecto devastador sobre la salud, lo que obliga a desarrollar modelos animales para el estudio de la fisiopatología y mecanismos de acción de las diferentes terapias ya instauradas, o en desarrollo.

El desarrollo de un modelo animal es un reto en el estudio de una patología, ya que llevar cabo determinados procedimientos sobre humanos no es ético. En particular, el cerdo es considerado el modelo más apropiado para la realización de cirugía digestiva. Aunque este modelo no es exacto, las diferencias existentes en cuanto a la anatomía y fisiología, conciben que en determinadas situaciones haya que adaptar las técnicas quirúrgicas empleadas en el ser humano para poder llevarlas a cabo sin complicaciones en el modelo animal.

En este trabajo se describe las particularidades halladas durante la realización de la técnica de derivación (bypass) gástrica Y de Roux (DGLYR) en modelo porcino obeso.

Material y métodos

Se emplearon 11 animales macho de la especie porcina, raza Gottingen minipig (29,52 Kg), los cuales, tras la creación del modelo dietético mediante una dieta hipercalórica durante 9 meses (51.82 kg), fueron sometido a DGLYR por abordaje laparoscópico.

La técnica consistió en la creación de un reservorio gástrico con capacidad de 20ml. y dos asas, la biliopancreática de 40 cm. y la alimentaria de 100 cm. Durante los procedimientos se analizaron las complicaciones intra-operatorias y postoperatorias a corto y largo plazo. Las intervenciones fueron llevadas a cabo por un mismo cirujano con una amplia experiencia (más de 1500 casos) en cirugía bariátrica.

Resultados

La técnica llevada a cabo consistió en la configuración de un reservorio gástrico tubular con sutura mecánica (7 cargas). A continuación, se realizó la gastroyeyunostomía termino-lateral con asa en omega convertida posteriormente en Y de Roux para reconstruir el tránsito gastrointestinal (asa biliopancreática y alimentaria) todo ello con sutura mecánica y manual reabsorbible.

El gran tamaño del bazo, así como del hígado, provocaron laceraciones en un número elevado de animales durante la manipulación del ángulo de His, 54,4 % y 18 % de los animales, respectivamente.

Además la reducida longitud en la curvatura menor obligaba a una cuidadosa disección de la trans-cavidad gástrica para evitar lesionar el conducto colédoco y la vena porta. Se completaron todas las intervenciones por laparoscopia. El tiempo medio operatorio fue de 126,44 minutos. Se realizó un control postoperatorio con Gastrografin al tercer día postoperatorio no detectándose fugas en las anastomosis.

Como complicación mayor postoperatoria precoz, una fistula en la anastomosis gastroyeyunal descubierta a las dos semanas mediante necropsia.

Conclusiones: Si se tienen en cuenta las particularidades de la anatomía del cerdo, llevar a cabo la DGLYR es factible y seguro en este modelo. Aunque, como consecuencia de las particularidades anatómicas del tracto digestivo del cerdo haya que tener cuidado en la ejecución de determinados pasos de la cirugía de BPGYR, el modelo porcino obeso se considera el modelo de elección preferente para llevar a cabo técnicas quirúrgicas bariátricas.

6.-RESULTADOS CLÍNICOS DE LA DERIVACIÓN GÁSTRICA E IMPLEMENTACIÓN DE LA TÉCNICA: EXPERIENCIA EN 262 CASOS

C.C. Gonzalez-Gomez, R. Corripio Sanchez, J. Trebol Lopez, L. Cristobal Poch, A.I. Herrera Sampablo, M. Leon Arellano, B. Diaz Sanandres, M. Alvarez Gallego, G. Vesperinas García.

Hospital Universitario La Paz, Madrid

Objetivos

La derivación (bypass) gástrica (DG) es una técnica mundialmente aceptada en el tratamiento de la obesidad mórbida en pacientes con IMC superior a 40 o 35 si presentan comorbilidades asociadas, considerada actualmente el *estándar dorado*. Nos proponemos presentar los resultados de dicha técnica en nuestro centro.

Material y métodos



OA

Presentamos 262 pacientes intervenidos en el Hospital Universitario La Paz entre los años 2001 y 2010, con una media de edad de 41 años, de los cuales el 81,67% eran mujeres.

Como comorbilidades presentaban HTA (27%), DM (23%), SAOS (15%), dislipemia (5%), hipotiroidismo (6%) y ERGE 3%. El ÍMC preoperatorio de nuestros pacientes fue de 48,09 de media, con una desviación típica de 6.048. En 8 pacientes se había realizado una cirugía bariátrica previamente: banda gástrica laparoscópica (1 caso), gastroplastia vertical anillada (4 casos), Scopinaro (2 casos) y DG previa (1 caso).

Resultados

En 136 (51.9%) de los pacientes se realizó dicha técnica por vía laparoscópica. La media de estancia hospitalaria fue de 6 días (4-125 días). Respecto a las complicaciones en el postoperatorio inmediato, las más frecuentes fueron las siguientes: Fuga anastomótica (8%) la mitad resueltas con manejo conservador y la otra mitad con cirugía, hernia interna 6%, absceso intra-abdominal 2%, hemorragia 2%, estenosis anastomótica 0.7%, pancreatitis 0.004% y muerte 0.7%.

El seguimiento medio postoperatorio fue de 32 meses, alcanzando un IMC medio de 33.07, con una desviación típica de 6.723. En el 80% de los pacientes se resolvieron las comorbilidades preoperatorias. El 80% de los pacientes alcanzaron una pérdida del 96% del exceso de peso.

Conclusiones

La DG es una técnica factible y reproducible con excelentes resultados a largo plazo en el tratamiento de la obesidad mórbida y de las comorbilidades asociadas. Debemos realizar un seguimiento postoperatorio exhaustivo de nuestros pacientes con el fin de evitar una re-ganancia de peso y detectar las complicaciones que pueden aparecer tardíamente.

7.-DIVERTICULITS YEYUNAL PERFORADA TRAS DERIVACIÓN GÁSTRICA

R. Corcelles Codina, M. Pavel, A.M. Lacy.

Hospital Clinic i Provincial, Barcelona

Introducción

El bypass gástrico laparoscópico es actualmente la técnica de elección para el tratamiento de la obesidad mórbida por sus efectos beneficiosos mantenidos y pocos efectos secundarios. La enfermedad diverticular del intestino delgado es una condición anómala y poco frecuente que se asocia a complicaciones en un 10% de los casos. Presentamos el caso de una paciente mujer

que presentó una diverticulitis aguda perforada a nivel del asa alimentaria yeyunal 4 años después de haberse sometido a bypass gástrico.

Descripción del caso

El caso clínico se basa en una paciente cuyo antecedente patológico más relevante fue la realización de un derivación gástrica “en Y de Roux” por laparoscopia (DGLYR), ante-cólica y ante-gástrica, por obesidad mórbida (IMC=42) en el año 2007. A los 4 años de la cirugía de la obesidad y tras una pérdida ponderal sub-óptima (30 kg) la paciente se presenta a Urgencias por un cuadro de dolor abdominal y fiebre de 24 horas de evolución. No mostraba síntomas de oclusión intestinal, en el examen físico destacaba un dolor abdominal localizado en el hemiabdomen izquierdo y signos de defensa local. En la analítica en sangre evidenciamos parámetros de sepsis, con una proteína C reactiva de 19 mg/L y 10000 leucocitos/mm³ con neutrofilia. Se realizó una TAC abdominal urgente que evidenciaba un área con aumento de la densidad grasa mesentérica con varias burbujas de gas y una imagen de cuerpo extraño extraluminal a nivel del asa alimentaria yeyunal. Con la orientación diagnóstica de abdomen agudo por perforación intestinal se interviene quirúrgicamente a la paciente por abordaje laparoscópico, hallándose un plastrón inflamatorio a nivel del asa alimentaria secundario y varios divertículos yeyunales. Se realizó una resección del segmento intestinal afectado y posterior anastomosis latero-lateral mecánica por laparoscopia. Al explorar el espécimen quirúrgico, observamos varios divertículos en el borde mesentérico intestinal, de los cuales uno presentaba signos de perforación y otro contenía un hematoma. La evolución postoperatoria fue favorable, siendo la paciente alta hospitalaria el sexto día del postoperatorio.

Comentario

La diverticulosis de intestino delgado es una entidad clínica infrecuente que se diagnostica inicialmente mediante tránsito radiológico baritado. Sin embargo, debido a la baja incidencia de diverticulitis intestinal complicada, la realización sistemática de estudios radiológicos baritados en pacientes que se someten a cirugía de la obesidad no sería coste-efectivo. Una vez descartadas las causas más frecuentes, la presencia de síntomas de mala-absorción intestinal y hemorragia digestiva, nos debería hacer sospechar en una diverticulitis de intestino delgado yeyunal. La presencia de diverticulosis yeyunal en un paciente candidato a DGLYR por obesidad mórbida podría determinar cambios en la estrategia quirúrgica a realizar, en relación a posibles futuras complicaciones asociadas a la enfermedad diverticular. Por este motivo



OA

recomendamos realizar una Gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) en el paciente candidato a cirugía bariátrica con el diagnóstico preoperatorio de diverticulosis yeyunal con el fin de facilitar el manejo de una hipotética diverticulitis yeyunal complicada.



OA

8.-RESOLUCIÓN DE COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN LA DERIVACIÓN GÁSTRICA

R. Belda Lozano, M. Ferrer Márquez, A. Moreno Serrano, M. Ferrer Ayza, R. Rosado Cobián.

Hospital Torrecárdenas, Almería

Introducción

La derivación (*bypass*) gástrica (DGLYR) es una de las técnicas quirúrgicas más utilizadas para el tratamiento de la obesidad mórbida. Describimos los problemas presentados durante la cirugía en nuestra técnica quirúrgica en el *bypass* gástrico por laparoscopia.

Material y métodos

En el período entre enero de 2010 y diciembre de 2012, fueron intervenidos con DGLYR 14 pacientes que presentaban obesidad mórbida y con criterios para cirugía bariátrica, con una edad media de 34 años y un IMC de 43.

Resultados. De los 14 pacientes intervenidos ninguno tuvo necesidad de conversión. El tiempo medio quirúrgico fue de 150 min. Las incidencias intraoperatorias estuvieron relacionadas con sangrado de la línea de grapas (1), estenosis de la anastomosis gastroentérica (1), test de azul de metileno positivo (1).

Conclusiones

La DGLYR es una técnica difícil, con una curva de aprendizaje de las más complejas en cirugía laparoscópica. Los primeros casos tienen gran importancia para la correcta implantación de un programa de cirugía laparoscópica. La resolución de las incidencias durante la cirugía resulta vital para llevar a buen término la misma.

9.- HERNIA DE PETERSEN COMO COMPLICACION A LARGO PLAZO DE LA DERIVACIÓN GÁSTRICA POR LAPAROTOMIA

M.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco Garcia, M.J. Castro Santiago, M.C. Bazán Hinojo, A.A. Bengoechea Trujillo, M. Lopez Zurera, D. Perez Gomar, S. Roldan Ortiz, M. Fornell Ariza, J.L. Fernandez Serrano.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Objetivo

Las hernias internas son la causa más frecuente de obstrucción en los pacientes sometidos a una

derivación (*bypass*) gástrica (DGYR) en el seguimiento a largo plazo y pueden tener un desenlace fatal si no son reconocidas a tiempo. La obstrucción es tan sólo una forma de presentación y sólo se diagnostican cuando aparecen complicaciones. El tratamiento es quirúrgico y complejo. Requiere conocimiento de la técnica quirúrgica realizada previamente. Presentamos dos casos clínicos intervenidos recientemente en nuestro servicio.

Material y Método

Caso clínico 1: Mujer de 29 años intervenida de con DGLYR en 2006, con clínica de dolor abdominal de varios días de evolución con empeoramiento progresivo del estado general. **Antecedentes personales:** Leve retraso mental. Trastorno de la conducta alimentaria compulsivo resuelto. **Exploración física:** Mal estado general. Palidez, Taquipnea y taquicardia. Abdomen distendido y con signos de irritación peritoneal. **Analítica:** leucocitosis, neutrofilia y amilasemia. Ecografía/TAC: síndrome de asa aferente y hernia interna junto con ascitis. Se decide laparotomía urgente, tras reanimación de la paciente por shock.

Intervención: Se identifica peritonitis por perforación en cara posterior del remanente gástrico de la con DGLYR, y hernia en el espacio de Pettersen. Reducción de la hernia y cierre de la brecha mesenterios y cierre simple de perforación.

Caso clínico 2: Hombre de 49 años intervenido de con DGLYR en 2005. Acude a urgencias por dolor abdominal y diarreas. **Exploración física:** Mal estado general, taquipnea, taquicardia e hipotensión. Abdomen distendido timpánico con irritación peritoneal. **Analítica:** Normal. Se realiza TAC abdominal en el que se evidencia cuadro de obstrucción intestinal secundario a hernia interna.

Intervención: Se realiza laparotomía urgente identificando isquemia intestinal secundaria a hernia de Petersen que implica la Anastomosis yeyuno-yeyunal del *bypass*, así como asa común (90cm) y asa alimentaria (140 cm), la inviabilidad de las asas hace precisa su resección y se reconstruye el tránsito realizando anastomosis yeyuno-cólica con asa común a 60 cm y anastomosis yeyuno-yeyunal a 20 cm del reservorio gástrico.

Resultados

Caso clínico 1: Evolución: Favorable recupera el tránsito y es dada de alta al 15 día postoperatorio.

Caso clínico 2: Evolución: Es favorable precisando transfusión en los primeros días. Recupera tránsito con heces diarreicas y tolera dieta. Tras ajuste de dieta por endocrino es dado de alta al 15 día postoperatorio de la primera intervención.

Discusión



OA

La incidencia de adherencias y bridas es muy baja en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Ante la sospecha de hernia interna se debe realizar prueba de imagen. Si el paciente está inestable, la cirugía es urgente. Es importante sospechar esta patología en el paciente intervenido de cirugía bariátrica. En el caso de nuestros pacientes se realizó el cierre de los espacios de Petersen y brecha mesentérica en la cirugía bariátrica. Ambos presentaron cuadros de dolor abdominal tipo cólico previos al cuadro agudo, y la intervención en ambos casos se realizó con carácter urgente. Es por tanto importante que el cirujano dedicado a la obesidad siga al paciente de por vida, y se recomienda cerrar los espacios de forma protocolizada.

10.-SEGUIMIENTO Y RESULTADOS PONDERALES A LOS 10 AÑOS DE LA DERIVACIÓN GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA

E. Arrue⁽¹⁾, E. Sánchez⁽²⁾, M. Conde⁽²⁾, L. Cabrerizo⁽¹⁾, M.A. Rubio Herrera⁽¹⁾, A. Sánchez-Pernaute⁽¹⁾, A. Torres⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ⁽²⁾ Hospital Clínico San Carlos.

Introducción

La derivación (*bypass*) gástrica laparoscópica (DGL) ha sido considerada el referente de la cirugía bariátrica en la última década. Las pérdidas en el seguimiento y la re-ganancia ponderal a largo plazo han permitido que técnicas menos agresivas, como la gastrectomía vertical, hayan experimentado en los últimos años un crecimiento exponencial y compitan en la actualidad con el *bypass* gástrico, si no lo superan ya.

Objetivo

Analizar los resultados en el seguimiento y los resultados ponderales en una serie de pacientes sometidos a DGL hace más de 10 años.

Pacientes y método

Entre los años 2001 y 2002 se intervinieron en nuestro Servicio 29 pacientes con obesidad mórbida a los que se realizó DGL. La edad media de los pacientes fue 42 años (22 - 64), el peso medio 134 kg (104 - 170) y el IMC medio 50.6 (38 - 67). Solamente un paciente era diabético. La técnica estándar fue laparoscopia con 5 trócares, confección de un reservorio gástrico de 20 - 30 cc con disparos de endo-grapadora lineal carga azul, sección de primer asa yeyunal entre 50 y 75 cm del ángulo de Treitz, anastomosis gastroyeyunal con endo-grapadora lineal y cierre manual del defecto y yeyuno-yeyunostomía a 150 cm de la anastomosis gastroyeyunal. No se registró mortalidad postoperatoria. Hubo una fístula anastomótica y 2 colecciones intra-abdominales, y un paciente fue re-intervenido por obstrucción intestinal en la anastomosis yeyuno-yeyunal.

Resultados

Los pacientes fueron seguidos postoperatoriamente en las consultas externas de Endocrinología y Cirugía. Hasta los cinco años de la cirugía se intentó contacto en consultas o telefónico con todos los pacientes, consiguiéndose en 22 de ellos (75%). Se realizó revisión de las historias de los pacientes que habían cumplido 10 años de seguimiento, encontrándose que solamente 12 de ellos mantenían contacto con alguno de los Servicios (41%). El PSP medio a los 10 años fue del 62.8%, con un porcentaje de fracasos del 25%. A los 5 años, el PSP de los pacientes seguidos había sido del 62.8%, con un índice de fracasos del 31%. La diferencia porcentual entre las pérdidas a los 5 y a los 10 años fue solamente del 3.6%.

Conclusiones

La DGL es una técnica altamente efectiva para el tratamiento de la obesidad mórbida, consiguiendo resultados ponderales satisfactorios en un 75% de los pacientes que mantienen seguimiento médico, circunstancia que se produce en el 60% de los pacientes intervenidos en nuestro medio. No existen diferencias entre los resultados ponderales a los 5 años de la cirugía y los que se obtienen a los 10 años.