

Banda Gástrica Ajustable, comunicaciones orales, posters

SECO 2015

P O-029

BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE A MÁS DE DIEZ AÑOS. RESULTADOS DE UNA SERIE PERSONAL Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J. Pujol Rafols, J. De La Cruz Verdun, A. Galera Murtra, C. Pujol Rafols, R. Evia, D. Coronado.

Clínica Tres Torres, Barcelona

OBJETIVOS

El bandaje gástrico sigue estando entre las tres técnicas más utilizadas. Desde que Belechew coloca la primera en 1993, miles de bandas han sido utilizadas en todo el mundo. Sin embargo sus resultados a largo plazo siguen despertando controversia entre defensores y retractores. El objetivo del presente estudio es definir la eficacia de la banda gástrica a más de diez años de su colocación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión de nuestra serie personal de 86 pacientes a los que se les colocó una banda gástrica ajustable hace más de diez años completando el estudio con una revisión de trabajos publicados con seguimientos a largo plazo.

RESULTADOS

Tiempo de seguimiento medio de 13 años (10-15). A largo plazo el IMC inicial de 40 baja hasta 32 con una pérdida media de 20Kg y un PSP del 42%. El 30% de los pacientes refieren estar satisfechos con la técnica, 33% se encuentran moderadamente satisfechos y un 37% se manifiestan claramente insatisfechos. A un 33% de los pacientes se les tiene que retirar la banda debido a insuficiente peso perdido o a problemas técnicos. Los estudios publicados presentan resultados variables con IMC finales entre 31 y 38, y PSP entre 30 y 64. La tasa de mortalidad es del 0,01% (1/6.492) pero con una alto índice de complicaciones tardías que obligan a retirar la banda hasta en un 40-60% de los casos.

CONCLUSIONES

La banda gástrica ajustable puede ser eficaz incluso a largo plazo sin embargo presenta una alta tasa de complicaciones tardías que, en muchos casos obligan a retirarla. Su uso, hoy en día, debería reservarse como técnica de segunda elección.

O-048

BANDA GÁSTRICA: EROSIÓN GÁSTRICA TARDÍA, PERITONITIS SUBAGUDA POR BANDA INFECTADA E INFECCIÓN DE PUERTO. ¿QUÉ RELACIÓN GUARDAN ESTAS TRES ENTIDADES ENTRE SÍ?

M.A. Escartí (1), I. Rubió (2), J. Márquez (3), I. Mangas (4).

(1) Clínica Escartí, Valencia; (2) Hospital 9 de Octubre, Valencia; (3) Clínica Virgen de la Vega, Murcia; (4) Hospital Virgen de la Paloma, Madrid

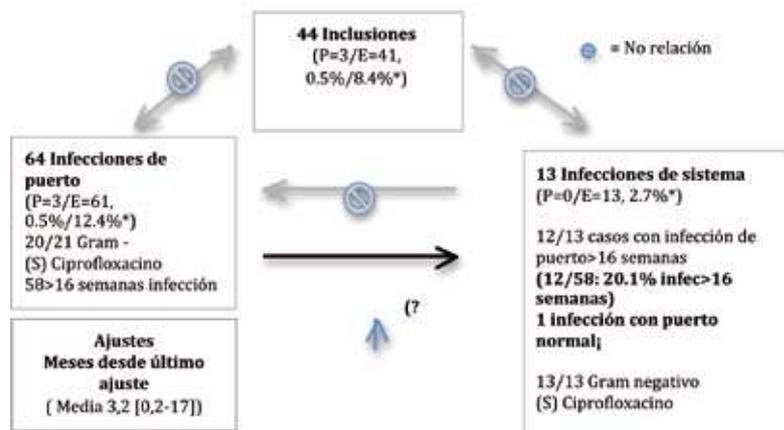
OBJETIVOS

Se ha descrito la laceración gástrica intraoperatoria como etiología probable en la erosión de banda precoz (<6-9 meses). Sin embargo la etiología de la erosión gástrica tardía (inclusión) parece deberse más al sobrellenado de la banda. El objetivo de esta comunicación es analizar qué relación guardan entre sí 3 entidades: la erosión gástrica tardía de banda (inclusión), la peritonitis subaguda por infección del sistema de banda y la infección del puerto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos nuestra experiencia sobre 580 casos “Propios (P)” de banda gástrica y 490 casos “Externos (E)” (1070 casos). Hemos recogido las siguientes variables: erosión gástrica diagnosticada mediante endoscopia/en quirófano SI/NO, peritonitis subaguda por banda infectada SI/NO (obliga a retirada quirúrgica de banda), tinción de Gram exudado peritoneal (Gram +, Gram -), infección de puerto SI/NO, tinción de Gram exudado puerto (cuando estaba disponible), meses de infección de puerto (hasta su retirada). En puertos infectados, meses desde último ajuste.

RESULTADOS



(*Este % no es real. Este grupo de pacientes forma parte de un pool externo de unos 3400 casos y cabe suponer que acudieron a nuestro centro una proporción mayor de pacientes con complicaciones que sin ellas.)

CONCLUSIONES

La *inclusión de banda* no parece guardar relación con la *infección del puerto* o la *infección del sistema*, ni como causa ni como consecuencia. Los ajustes no parecen ser la causa directa de las infecciones de puerto dado el período medio de latencia aunque de algún modo “activarían” el proceso. La microbiología de los puertos infectados es básicamente

gram-. Cuando la infección del puerto se prolonga >16 semanas, aunque se retire el puerto, aparece en el 20% de los casos los 1-3 meses un cuadro de peritonitis subaguda, por persistencia de la infección

–probablemente ascendente–, con microbiología gram- y cuya única solución es retirar la banda. 2 de estos casos se ingresaron como neumonías hasta que al consultarnos apreciamos que el conector tocaba el diafragma y la condensación resultó ser reactiva. Hemos tenido 1 caso de infección de sistema sin aparente infección de puerto y sin erosión de banda.

Así pues, tal vez los ajustes deban recibir ciprofloxacino profiláctico, pero parece claro que todo puerto infectado más de 8-12 semanas debe ser retirado si queremos preservar la banda.

Esta comunicación ha sido enviada como artículo a Obesity Surgery en Enero 2015

O-050

PREVENCIÓN DE LA EROSIÓN GÁSTRICA TARDÍA EN LA BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE

M.A. Escartí (1), I. Rubió (2), J. Márquez (3), I. Mangas (4).

(1) Clínica Escartí, Valencia; (2) Hospital 9 de Octubre, Valencia; (3) Clínica Virgen de la Vega, Murcia; (4) Hospital Virgen de la Paloma, Madrid

OBJETIVOS

La erosión gástrica *tardía* (12-18 meses) se ha relacionado con causas como el tipo de banda (más en modelos de “bajo volumen y alta presión”), llenados máximos, atracones... Nuestro objetivo es analizar las erosiones gástricas tardías que hemos tratado en dos grupos de pacientes, manejados con estrategias de ajuste diferentes, estudiar las diferencias e intentar extraer conclusiones acerca de qué ha producido las erosiones y cómo pueden prevenirse.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos nuestra experiencia en **1070** casos de banda gástrica, 580 casos “propios” y 490 casos “externos”. Hemos recogido las siguientes variables en todos los casos: edad, sexo, IMC preoperatorio, %SPP máximo alcanzado, marca y modelo de banda, vía de colocación, % del máximo ajuste recomendado, Test de Tolerancia Alimentaria de Suter (Obes Surg 2007, 17, 2-8) en el momento en que el paciente perdió más peso (en el grupo Externo fue de recuerdo en la mitad de casos, no prospectivo). En los casos de erosión gástrica: tiempo desde cirugía (en meses) y síntomas.

RESULTADOS

La edad media, distribución por sexos e IMC preoperatorio fue similar en ambos grupos (Propio vs Externo: 39,2 vs

41,2 años; ; 76,6% vs 73,3% mujeres; 42,0 vs 38,3 kg/m²). En el grupo Propio se colocaron 24,5% Lapband, 21% Bioring y 65% AMI. En el grupo Externo 77,7% Lapband y 22% SAGB. Todas ellas de alto volumen y baja presión. Todas las bandas fueron colocadas por vía *pars flácida*.

Casos de erosión:

	Meses desde cirugía	Síntoma: Dolor/disfagia	Síntoma: No restricción
Propias	31 (14-48)	2	0
Externas	42,2 (14-90) 30% >60 meses	14 (34%)	27 (66%)

Todos los pacientes:

		Casos y %	% ajuste	% SPP	Test de Suter en el mayor %SPP
Propias	Erosión	3 (0,5%)	65	44,2	22,1
	No erosión	577	47,8	41,6	23,2
Externas	Erosión	41 (8,5%*)	83,4	64,3	14,2
	No erosión	449	80,2	62,4	16,2

(*Este % no es real. Este grupo de pacientes forma parte de un pool externo de unos 3400 casos y cabe suponer

que acudieron a nuestro centro una proporción mayor de pacientes con complicaciones que sin ellas.)

CONCLUSIONES

2 de cada 3 erosiones se diagnostican a los 3,5 años y el 30% a partir del 5º año. El síntoma más frecuente es la falta de restricción. Creemos que el mejor modo de determinar si un paciente está bien ajustado o no, no es la evolución del

peso ni “cuanto le queda por ajustar” sino su tolerancia alimentaria. La intolerancia a casi todos los sólidos, con atascos frecuentes (>2/semana) y/o regurgitación (Suter de 15 aproximadamente) de forma sostenida, parece asociarse a un significativo incremento de erosiones gástricas. Por ello, el empleo de herramientas de medición de

tolerancia alimentaria y la definición de una línea roja pese a lo que nos solicite el paciente, debería forma parte del protocolo del manejo de la banda gástrica ajustable para minimizar las erosiones gástricas tardías.

Nota: esta comunicación se ha enviado como artículo para su publicación en Enero 2015 a Obesity Surgery

P-032

BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE: ¿ES TAN INOCUA COMO LA OFERTAN? ACTUACIÓN DEL EQUIPO QUIRÚRGICO DE GUARDIA

L. Giner Bernal (1), L. Zubiaga (1), J. Ruiz-Tovar (2), C. Díaz (1), M. Díez (1), M. Bellón (1), M.M. Aguilar (1), I. Galindo (1), I. Oller (1), R. Calpena (1).

(1) Hospital General Universitario, Elche; (2) Universidad Rey Juan Carlos, Móstoles

INTRODUCCIÓN

El uso de la banda gástrica (BGAL) es cada vez menor, pues los resultados a largo plazo no son del todo satisfactorios. Sin embargo, se sigue ofertando como una solución rápida y “poco agresiva” en el tratamiento de la obesidad. No obstante, existen complicaciones graves que deben tenerse en cuenta, sobre todo cuando los portadores de BGAL llegan con clínica a urgencias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta caso clínico de mujer de 46 años, IMC de 39 que en junio de 2014, se sometió a cirugía bariátrica con BGAL en centro privado. A las 72 h del procedimiento acudió a urgencias del hospital con sensación de malestar que no sabe definir. Al examen físico: regular estado general, temperatura de 38,5°C y FC: 92 lpm. En la EF pulmonar y abdominal fue anodino. Analítica: 17.850 leucocitos con 87,5% neutrófilos y PCR de 24.94 (00-0.5 mg/dl). En el TC abdominal se evidenció dispositivo gástrico y en su adyacencia una burbuja de neumoperitoneo y pequeña cantidad de aire en cavidad que se atribuyeron a cirugía laparoscópica reciente. Se administró contraste oral sin conseguir demostrar extravasación. En puertas de urgencias se avisó a cirujano de guardia que sin un diagnóstico claro y dado que el paciente impresionaba de gravedad, decidió laparoscopia exploradora. En la intervención se observó salida de abundante material purulento del área periprotésica. No se visualizaron otras alteraciones. Se decidió remover la banda, con lavado abundante y dejando un drenaje. A las 24 horas, la paciente mejoró su estado basal y continuó con pauta antibiótica hasta el alta. Diagnóstico final: infección del dispositivo de BGAL.

RESULTADOS

La principal desventaja de la BGAL es la alta tasa de cirugía de revisión (hasta un 32% en algunas series). Las causas más frecuentes de reintervención suelen ser la migración, inclusión y/o erosión de la banda, obstrucción intestinal, necrosis gástrica +/- hemorragia digestiva, perforación de víscera hueca y las infecciones abdominales, de la prótesis o de los puertos, entre otras. Estas complicaciones pueden ocurrir en cualquier momento después de su colocación y aunque esta técnica no implica una línea de sutura ni una anastomosis, sus complicaciones pueden ser tan letales como el resto de procedimientos bariátricos.

CONCLUSIÓN

Se hacen necesarios instaurar algoritmos que permitan disponer al personal de urgencias y a los cirujanos que no se dedican a la cirugía bariátrica, una herramienta de actuación efectiva ya que este personal debe ser capaz de reconocer las complicaciones de la BGAL para indicar, de ser necesario, cirugía urgente.

P-038

¿POR QUÉ ABANDONAMOS LA BANDA GÁSTRICA EN NUESTRO CENTRO?

A. Bañuls Matoses (1), Ú. Ponce (1), N. Orozco (1), D. Reinaldo (1), N. Krystek (1), M.M. Delgado (2), R. Blasco (1), C. Montesinos (1), J. Carbó (1), F. Caro (1)

(1) Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía; (2) Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

OBJETIVO

Analizar los resultados del tratamiento de la obesidad mórbida mediante banda gástrica laparoscópica en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos de banda gástrica laparoscópica en nuestro centro entre Febrero de 2002 y Junio de 2010. Se analizan las variables: edad, sexo, peso inicial, índice de masa corporal y evolución del peso a los 6 meses, al año y a los dos años. Así mismo se comparan los resultados con la experiencia inicial en gastrectomía tubular laparoscópica en una serie consecutiva de pacientes intervenidos en nuestro centro analizando las mismas variables.

RESULTADOS

Se incluyen un total de 29 pacientes, 22 mujeres y 7 hombres, con una edad media de 38.4 años (rango: 20-60 años). El índice medio de masa corporal fue de 43.2 lo que corresponde a un grado de obesidad tipo III. En 11 de los casos la banda tuvo que ser retirada en un tiempo medio de 3 años bien por deslizamientos de la misma o por fracaso de la técnica. Los resultados en pérdida de peso al año y a los 2 años fueron desfavorables no encontrándose pérdidas de peso significativas. En comparación con la serie consecutiva de pacientes intervenidos mediante la técnica de gastrectomía tubular laparoscópica se observa una mejoría de los resultados en pérdida de peso así como en resolución de comorbilidades con unas tasas de complicaciones menores. Obteniendo pérdidas de peso hasta en un 80% de los pacientes a los dos años de más del 50 %.

CONCLUSIONES

La banda gástrica laparoscópica en nuestro centro no demostró buenos resultados en pérdida ponderal asociando un elevado número de complicaciones y retiradas, mientras que la gastrectomía tubular laparoscópica ofrece buenos resultados en pérdida de peso y resolución de comorbilidades con una baja tasa de complicaciones.