

Estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico de pacientes obesos intervenidos de bypass gástrico laparoscópico con asa biliopancreática - alimentaria 70/150CM VS. 150/70CM. (Estudio BPG-1)

Débora Acín Gándara¹, Manuel Medina¹, Juan José Arroyo², Esther Mans³, Elena Ruíz Úcar¹, Fernando Pereira¹.

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada; ²Hospital Marina Salud de Denia, Denia; ³Hospital de Mataró, Barcelona.

Objetivos: Presentar el estudio prospectivo multicéntrico que se está llevando a cabo por 3 Centros a nivel nacional desde 2018, en el que se aleatorizan los pacientes obesos subsidiarios de bypass gástrico laparoscópico con diferentes longitudes de asa alimentaria y biliopancreática para comprobar su efecto ponderal y metabólico. A su vez se analiza la posible influencia de la longitud intestinal total en dichos resultados.

Material y Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado en bloques (1:1) y ciego para el paciente, bajo los principios éticos que aparecen en la declaración de Helsinki-Fortaleza 2013 y el Convenio de Oviedo.

Población a estudio: pacientes con obesidad (IMC 35-40 con una o más comorbilidades o IMC 40-50 con o sin comorbilidades), que habiendo completado el circuito multidisciplinar habitual son considerados para realizar bypass gástrico laparoscópico.

Tamaño muestral: se ha calculado con un poder estadístico del 80% y un nivel de alpha de 0.05, siendo de 36 pacientes en cada brazo. Corregido con un 15% de posibles pérdidas, corresponde a 84 pacientes.

Las variables a estudio son:

- Porcentaje de exceso de peso perdido (EWL%) a 6 meses, 1, 2 y 5 años.
- Remisión o mejoría de la DM2 (HbA1c %, glucemia mg/dL) con o sin tratamiento.
- Remisión o mejoría de la HTA (TA<120/80 mmHg) con o sin tratamiento.
- Remisión o mejoría de la DL (cLDL mg/dL, triglicéridos mg/dL, colesterol total mg/dL, cHDL mg/dL) con o sin tratamiento.
- Remisión o mejoría de la SAOS (polisomnografía normal) con o sin CPAP.
- Déficits nutricionales (proteínas totales g/dL, albúmina g/dL, prealbúmina mg/dL, calcio corregido con albúmina mg/dL, 25-(OH) vitamina D ng/mL, hierro mcg/dL, vitamina B12 pg/mL, ácido fólico ng/mL, cobre mcg/dL, zinc mcg/dL, vitamina A y E mcg/dL).

Los criterios de remisión o mejoría de comorbilidades tienen en cuenta los criterios recomendados por la Asociación Americana de Cirugía Bariátrica, Asociación Americana de Diabetes, la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y la Asociación Española de Cirujanos.

Resultados: La intención de esta comunicación es dar a conocer el estudio, sin poder dar los resultados definitivos del mismo porque todavía está en fase de reclutamiento. Por el momento se ha reclutado el 75% de la muestra y tenemos un máximo de seguimiento de 1 año. La hipótesis de investigación de nuestro trabajo es que los pacientes con bypass gástrico laparoscópico distal a expensas de asa biliopancreática larga (150cm) presentan mayor EWL%, menor reganancia ponderal y mayor remisión de sus comorbilidades.

Conclusiones: Se presenta el diseño y estado actual del estudio BPG-1. Se darán los resultados preliminares a fecha junio de 2020.

0-02

Complicaciones mayores tardías del bypass gástrico con banda por laparoscopia.

Jose Luis De La Cruz Vigo¹, Jose Maria Canga Presa¹, Pilar Sanz De La Morena¹, Pilar Gomez Rodriguez², Jose Ignacio Martinez Pueyo², Felipe De La Cruz Vigo².

¹Hospital HM San Francisco, León.

²Hospital Nuestra Señora del Rosario, Madrid.

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, a nuestro juicio, 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 2019 se han operado 2200 pacientes por obesidad mórbida, todos ellos mediante bypass gástrico laparoscópico con banda. Según la clasificación utilizada 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 153 (7%) complicaciones postoperatorias tardías : 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%).

De ellas se han considerado complicaciones mayores 77 (3.5%)Tabla I. El resto 76(3.5%) son consideradas complicaciones menores. Número de readmisiones (READ) 92 (4.2%), la gran mayoría ocasionada por las reintervenciones. Reoperaciones (REOP) 55 (2.5%): obstrucción intestinal 24, perforación de úlcera 19, estenosis del cerclaje 6, hernia ventral 2, reganacia de peso y ulcera 2, hernia ventral 2. Mortalidad nula derivada de la técnica.

COMPLICACIONES MAYORES TARDIAS BRETHAUER

Complicaciones mayores tardías	N=2200 (n) %
Hernia ventral	(2) 0.10% 1*
Estenosis, ulcus	(1)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*	(55) 2.50% 55*
Readmisión	(92) 4.18%
Mortalidad	(0)
Total	(77) 3.50%

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, cierre mesentérico 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 el espacio mesentérico, no habiendo detectado ninguna hernia interna en ese espacio.

Conclusiones: 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.

*Requieren reintervención

0-04

Doble grapado lineal en la anastomosis gastroyeunal como prevención de estenosis. Experiencia en nuestro centro.

Esther Ferrer Inaebnit, Alessandro Bianchi, Natalia Pujol Cano, María Alfonso García, Sebastián Jerí Mcfarlene, Alejandro Gil Catalán, José Antonio Martínez Córcoles, Alberto Pagán Pomar, Xavier González Argenté.

Hospital UNIVERSITARIO SON ESPASES, Palma de Mallorca.

Objetivo: La estenosis gastroyeunal es un evento adverso postoperatorio relativamente frecuente después de la derivación gástrica, que puede manifestarse de forma temprana, alrededor de las 2 semanas, y de forma tardía.

Las causas no son bien conocidas, aunque la fuga anastomótica, la necrosis tisular isquémica relacionada con la tensión anastomótica, la falta de aposición y la ulceración marginal se han descrito como las condiciones clínicas más frecuentemente relacionadas con este problema.

Para solucionar este problema subestimado, nos hemos propuesto extender la anastomosis gastroyeunal mediante doble grapado lineal consecutivo.

El objetivo es comparar las tasas de estenosis de gastroyeunostomía después del grapado lineal simple versus el doble grapado lineal en pacientes intervenidos de derivación biliopancreática laparoscópica.

Material y métodos: Revisión retrospectiva consecutiva de pacientes sometidos a derivación biliopancreática laparoscópica por obesidad mórbida en nuestro centro.

El período del estudio comprende de enero de 2006 a diciembre de 2017, cuyos pacientes fueron operados por el mismo equipo quirúrgico.

No se excluyó a ningún paciente por comorbilidades preoperatorias o antecedentes quirúrgicos, y todos fueron sometidos a un estudio preoperatorio integral.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 98 pacientes, 83 pertenecientes al grupo de grapado lineal simple y 15 pacientes al doble grapado lineal. En estos, se observó una homogeneidad muestral, sin observarse diferencias en los datos demográficos preoperatorios.

Tras la realización del análisis estadístico de comparación de los resultados del estudio longitudinal entre en los grupos de grapado lineal simple versus el doble grapado lineal, se ha observado una disminución significativa en el porcentaje de estenosis en el grupo en el que se realizó una extensión de la anastomosis. Se ha observado un mayor número de reconfecciones de la anastomosis en el grupo de grapado único.

Por otro lado, no se han observado diferencias en las complicaciones postquirúrgicas, tanto menores como mayores, al ampliar la anastomosis gastroyeunal.

Conclusión: El doble grapado lineal en pacientes intervenidos de derivación biliopancreática laparoscópica reduce la tasa de estenosis gastro-yeyunal.

Esta técnica no influye sobre la tasa de complicaciones postoperatorias, la estancia media hospitalaria ni la tasa de reingreso.

0-05

Reganancia ponderal tras cirugía bariátrica. Estudio de factores pronósticos.

Carlos Petrola Chacón, Amador García, María José Gómez, Ramon Vilallonga, Mireia Verdaguer, Enric Caubet, Mauricio Pérez, Oscar Gonzalez, Marc Beisani, José Fort.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: La reganancia ponderal es uno de los grandes problemas de la cirugía bariátrica. No conocemos aún suficientemente las causas que pueden motivarla, pero tampoco los factores preoperatorios que puedan condicionar mayor riesgo de que se presente. En este estudio evaluamos potenciales factores pronósticos preoperatorios de reganancia ponderal.

Métodos: Análisis retrospectivo de la base de datos prospectiva de cirugía bariátrica de nuestro Centro. Se incluyeron pacientes intervenidos de gastrectomía vertical (GV) y bypass gástrico (BPG) como cirugía primaria con seguimiento completo a 5 años. Se han excluido los pacientes perdidos de seguimiento y los que se han convertido a otros procedimientos. Se han evaluado las comorbilidades previas a la cirugía, el peso nadir y el IMC hasta 5 años de seguimiento. Se considera reganancia ponderal significativa aquella superior al 10% del peso nadir. Para el estudio de factores pronósticos se ha realizado un análisis de regresión logística.

Resultados: De un total de 1934 cirugías realizadas en nuestro centro, 419 pacientes cumplieron los criterios de inclusión (194 GV y 225 BPG). De estos, 323 (77,1%) fueron mujeres, con una edad media de 45,85 años (rango 15 a 69). 233 (55,6%) presentaron reganancia superior al 10% del peso nadir hasta los 5 años (116 BPG y 117 GV, $p=0,072$). La reganancia más importante aparece entre el cuarto y quinto año de seguimiento. Los factores pronósticos de pérdida ponderal fueron sexo, tipo de cirugía, presencia de hernia de hiato o pacientes con apnea del sueño.

Conclusiones: Un número significativo de pacientes tanto de GV como de BPG presentan reganancia ponderal significativa, especialmente a partir del cuarto año post cirugía. Sexo (hombres) y tipo de cirugía realizada (GV) se presentan como los factores pronósticos de reganancia con mayor repercusión clínica.

O-06

Análisis de resultados tras la implantación del protocolo anestésico OFA (OPIOID FREE ANESTHESIA) en cirugía bariátrica en el hospital universitario Rey Juan Carlos.

Leire Zarain Obrador, Carlos Ferrigni, Alejandro García Muñoz Najar, Ana Torres Alemán, Jaime Ruiz-Tovar, Mercedes Itza Barranco, Rocío Franco Herrera, Camilo Castellón Pavón, Amalia Paniagua, Manuel Durán Poveda.
Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

Objetivos: La población obesa es especialmente sensible a las complicaciones que pueden surgir tras la administración de fármacos opioides, como la depresión respiratoria, la aparición de náuseas y vómitos, el estreñimiento, la retención urinaria o la tolerancia a este tipo de fármacos por insensibilización e hiperlagesia. Esta situación se agrava cuando los pacientes además de obesidad asocian apnea obstructiva del sueño, ya que los opioides pueden favorecer la aparición de patrones respiratorios obstructivos.

Presentamos los resultados de la Unidad de Obesidad del servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Rey Juan Carlos tras la implantación del protocolo anestésico OFA (opioid free anesthesia) en los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.

Material y Métodos: Se trata de un análisis “antes y después” con referencia a la implantación del protocolo OFA, empleando como fuente nuestra base de datos. Se seleccionaron los últimos 30 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica con anestesia convencional, comparando dicho grupo con los últimos 30 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica bajo el protocolo OFA. Se excluyeron las cirugías de revisión en ambos grupos.

Resultados: El grupo de pacientes intervenidos bajo anestesia convencional estaba compuesto por 20 mujeres y 10 hombres. La edad media era de 43.13 años, y el IMC medio de 46.5. Se realizaron 21 by-pass gástricos y 9 gastrectomías verticales. La estancia media fue de 2.23 días. De los 30 pacientes, 5 requirieron morfínicos para control del dolor postoperatorio. 4 de los 30 pacientes presentaron náuseas o vómitos durante el período postoperatorio.

El grupo de pacientes intervenidos bajo el protocolo anestésico OFA estaba compuesto por 16 mujeres y 14 hombres. La edad media era de 44.83 años, y el IMC medio de 42.7. En cuanto a las técnicas quirúrgicas, se realizaron 11 by-pass gástricos (3 de ellos asociando hiatorrafia), 18 gastrectomías verticales (6 de ellas asociando hiatorrafia) y un SADIS. La estancia media fue de 1.77 días. De los 30 pacientes, 4 requirieron morfínicos para el control del dolor postoperatorio, y sólo un paciente presentó náuseas o vómitos.

Conclusiones: Tras la implantación del protocolo OFA en nuestro servicio, hemos constatado una reducción de la estancia media de 2.23 días a 1.77, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.0087$). Además hemos observado una disminución del empleo de morfínicos para el control del dolor por parte de los pacientes durante el período postoperatorio, así como una disminución importante de la incidencia de náuseas y vómitos postquirúrgicos entre los paciente intervenidos de cirugía bariátrica.

0-07

Estudio lipidómico como marcador no invasivo de Esteatohepatitis y Fibrosis en pacientes obesos mórbidos intervenidos diagnosticados por biopsia.

Luis Ocaña Wilhelmi, Isabel Arranz Salas, Rocío Soler Humanes, José Luis Fernández Serrano, Ramiro Alcántara Benítez, Juan Alcaide Torres, Resi Luna Díaz, Fernando Cardona Díaz, Bruno Ramos Molina.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) y la fibrosis hepática están presentes en un alto porcentaje de pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica. Una proporción significativa de ellos todavía presenta EHNA y fibrosis incluso después de una pérdida de peso considerable y de las mejoras metabólicas después de la cirugía. En un estudio piloto, encontramos que los niveles séricos de ciertas especies lipídicas como esfingolípidos y fosfolípidos podrían estar relacionados con el grado de severidad de la enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) y que ciertas especies de esfingolípidos podrían usarse para el seguimiento de pacientes obesos con EHNA tras una gastrectomía vertical. Sin embargo, las principales limitaciones de este estudio piloto fueron el bajo número de pacientes analizados y el uso de una herramienta de diagnóstico no invasiva sin biopsia hepática para el diagnóstico de EHGNA.

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue realizar un análisis lipidómico completo en muestras de suero de 75 pacientes obesos con distinto grado de EHGNA

Material y Métodos: Los pacientes incluidos en este estudio fueron reclutados para una intervención de gastrectomía vertical en nuestra Unidad de Cirugía Bariátrica durante los años 2018-2019. El diagnóstico de EHGNA se realizó mediante análisis histopatológico de biopsias hepáticas obtenidas durante la intervención quirúrgica. El análisis lipidómico en suero se llevó a cabo mediante una plataforma de espectrometría de masas (UPLC-TOF-MS).

Resultados: Nuestros resultados preliminares muestran un diferente patrón de especies lipídicas altamente dependientes del grado de EHGNA, especialmente un remodelamiento de los niveles séricos de esfingolípidos como ceramidas y esfingomielinas en pacientes con EHGNA y/o fibrosis hepática.

Conclusiones: Este estudio podría arrojar luz sobre la posible utilidad de ciertos esfingolípidos séricos como nuevos biomarcadores de EHGNA en sujetos obesos sometidos a cirugía bariátrica.

0-08

¿Existe relación entre el recuento leucocitario y los indicadores ponderales tras cirugía bariátrica primaria?

María Recarte Rico, Ramón Corripio Sanchez, Ana Isabel De Cos Blanco, Gregorio Vesperinas García, Joaquín Díaz Domínguez.
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Los efectos metabólicos del exceso de grasa se caracterizan por resistencia periférica a la insulina, dislipidemia y un estado oxidativo permanente, dando lugar a una situación crónica proinflamatoria^{1,2}. Se ha visto que la cirugía bariátrica primaria-(CBP) induce un descenso significativo en el estado inflamatorio crónico asociado a la obesidad mórbida y síndrome metabólico³.

El objetivo de este trabajo es analizar si existe una relación entre el recuento leucocitario y los indicadores ponderales tras CBP así como su posible contribución en el fracaso de la pérdida ponderal.

Material y Métodos: De enero 2011 a diciembre 2016, 194 pacientes se intervinieron de CBP. Se recogieron los datos clínicos, analíticos (Leucocitos, Neutrófilos, Linfocitos, Índice Neutrófilo Linfocito(INL), Plaquetas, Glucosa, %HbA1c, Colesterol total, Triglicéridos y ALT) y ponderales preoperatorios-(T0) como postoperatorios a un año-(T1), dos años-(T2) y cinco años-(T5). Se definió fracaso ponderal como PSP<50% al primer año postoperatorio. Se utilizó la correlación Spearman(rho) para ver la asociación entre leucograma e indicadores de pérdida ponderal así como un modelo de regresión logística-(MRL) ajustado a edad y peso entre los subgrupos (cuartiles) del recuento leucocitario preoperatorio y PSP<50% (OR (95%IC)).

Resultados: Se realizaron 148 By-Pass Gástricos y 46 Gastrectomías Verticales laparoscópicas. Los datos preoperatorios y evolución ponderal/comorbilidad se muestran en Tabla1 y Gráficos1 y 2. Hubo descenso significativo en todos los parámetros analíticos tras CBP en T1, T2 y T5 (Tabla2).

Se encontró asociación entre IMC, PSP, EIMCP y leucocitos (rho=183, rho=-183 y rho=-187); IMC y neutrófilos (rho=150); e IMC, PSP, EIMCP, PTP y plaquetas (rho=230, rho=-209, rho=-217, rho=-147) en T1.

Nuestro MRL predijo fracaso ponderal con el 3er cuartil de leucocitos [8,25-9,43x10³/μL]: OR=2,79(1,24-6,25) y el 4º cuartil del INL [2,07-2,6]: OR=2,43(1,09-5,39).

Conclusiones: La CBP induce un descenso mantenido significativo a medio plazo en el estado proinflamatorio. El grado de inflamación preoperatorio podría predecir el éxito o fracaso ponderal de la cirugía.

Sexo ♀:♂	137:57
Edad(años)	48,28[21,45-68-16]
Peso Inicial(Kg)	127,35[88,9-229,7]
IMC Inicial(Kg/m ²)	46,22[36,1-70,9]
Peso Ideal(Kg)	60,54±7,09
IMC esperado(Kg/m ²)	29,25[25,9-37,4]
DM2	106/194(54,6%)
Prediabéticos	19/194(9,8%)
HTA	109/194(56,2%)
Dislipidemia	112/194(57,7%)
SAOS	66/194(34%)

Tabla1: Datos preoperatorios. Media +/- Desviación estándar o Mediana [rango].

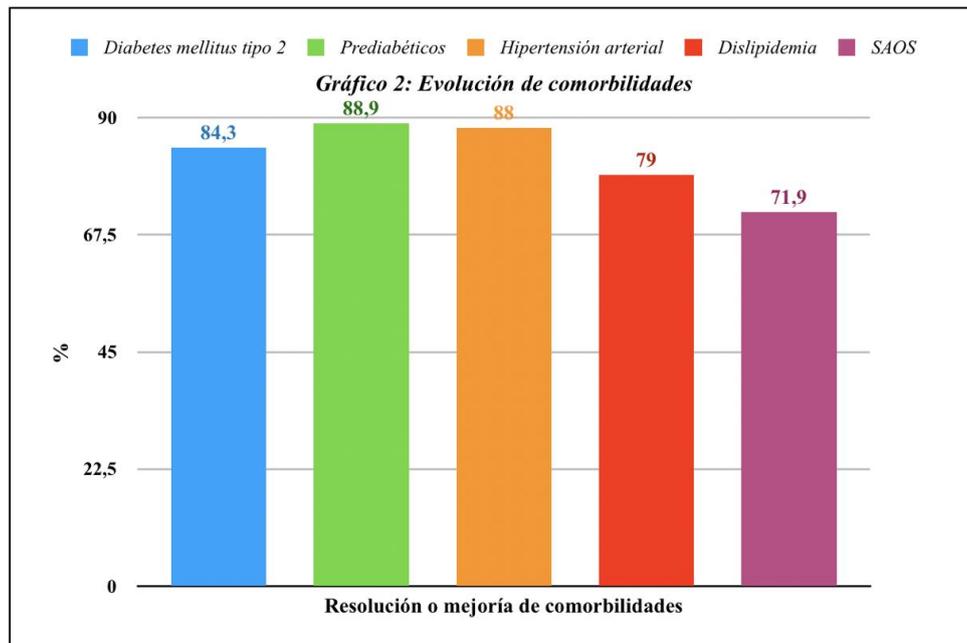
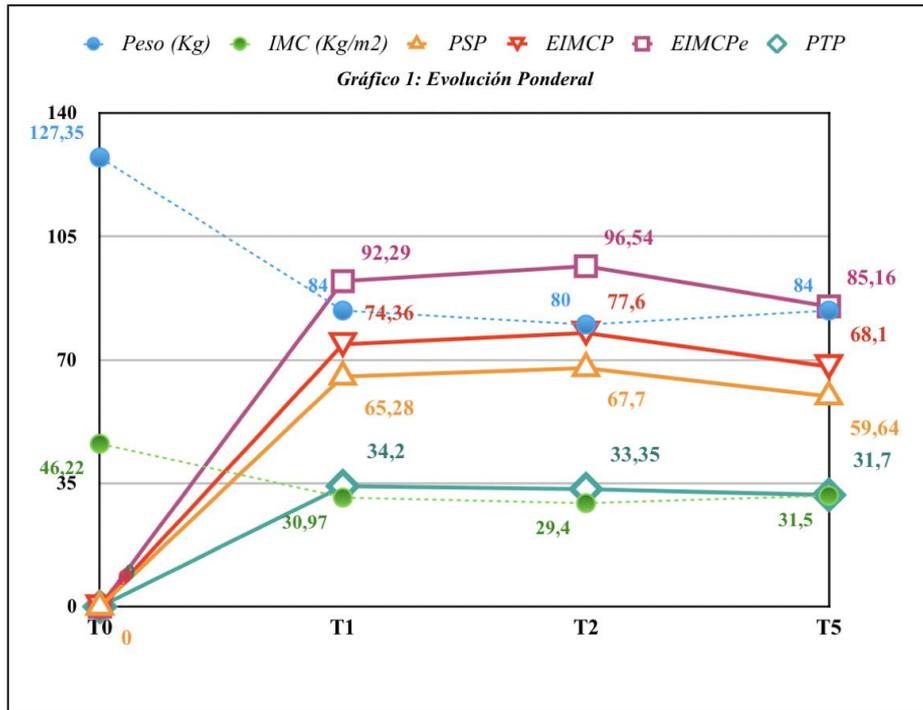
		p(T0vsTx)
Leucocitos(x10 ³ /μL)	T0: 8,26±1,92 T1: 6,67[2,5-12,4] T2: 6,26[3,47-14,84] T5: 5,99[3,49-14,56]	0,000* 0,000* 0,000*
Neutrófilos(x10 ³ /μL)	T0: 4,84[1,88-8,36] T1: 3,53[1,36-7,46] T2: 3,35[1,55-8,58] T5: 3,12[1,71-12,54]	0,000* 0,000* 0,000*
Linfocitos(x10 ³ /μL)	T0: 2,38[0,16-4,46] T1: 2,23±0,7	0,009*

	T2: 2,23[0,12-6,14] T5: 2,11±0,6	0,000* 0,000*
INL	T0: 2,06[0,75-21,19] T1: 1,59[0,57-3,99] T2: 1,56[0,63-21,75] T5: 1,58[0,7-10,63]	0,000* 0,003* 0,000*
Plaquetas(x103/μL)	T0: 280,659±70,33 T1: 246[107-593] T2: 242[127-635] T5: 254[138-578]	0,000* 0,037* 0,005*
Glucosa(mg/dL)	T0: 108[82-297] T1: 89[59-227] T2: 87[67-168] T5: 87[71-225]	0,000* 0,000* 0,000*
%HbA1c	T0: 5,8[4,7-13,8] T1: 5,2[4,2-8,9] T2: 5,3[4,5-9,7] T5: 5,4[4,6-9]	0,000* 0,000* 0,000*
Colesterol(mg/dL)	T0: 195,69±38,22 T1: 173,5[100-355] T2: 170,66±28,30 T5: 180,89±33,04	0,000* 0,000* 0,000*
Triglicéridos(103/μL)	T0: 127[48-520] T1: 92[44-230] T2: 78[33-196] T5: 103±45,7	0,000* 0,000** 0,000**
ALT(U/L)	T0: 25[8-153] T1: 20,5[8-86] T2: 21[6-171] T5: 19[8,57]	0,001* 0,001* 0,000*

Tabla2: Evolución analítica. (p<0,05.*Test de Wilcoxon.**t de Student.)

Bibliografía:

1. Chiappetta, S. et al. The Impact of Obesity and Metabolic Surgery on Chronic Inflammation. *Obes. Surg.* 28, 3028–3040 (2018).
2. Santos, J. et al. Effect of bariatric surgery on weight loss, inflammation, iron metabolism and lipid profile. *Scand. J. Surg.* 103, 21–25 (2014).
3. Recarte M, Corripio R, De Cos AI, Vesperinas G, Díaz J. Low-Grade Systemic Inflammation: Gastric Bypass and Sleeve Gastrectomy. *Obes. Surg.* 29, 347–1720 (2019): 180–181 doi: <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04101-1>.



0-09

Modelo experimental accesible y reproducible de gastrectomía de manga en ratas.

Franco Signorini¹, María Micaela Rossi², Tomás Castillo², Martín Andrada¹, María De La Paz Scribano Parada², Federico Moser¹, María Del Carmen Baez², Mónica Moya².

¹Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba

²Cátedra de Física Biomédica . Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.

Objetivo: Dado los resultados positivos que ha mostrando la cirugía bariátrica sobre el síndrome metabólico (SM) y que probablemente no se deban exclusivamente a la pérdida de peso, resulta pertinente analizar las modificaciones de indicadores de SM, biomarcadores inflamatorios y de estrés oxidativo en un modelo experimental de SM y sometidos a gastrectomía en manga. De esta manera se podría implementar el uso de esta cirugía para nuevas indicaciones además de obesidad. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio analítico experimental utilizando ratas Wistar macho. Los animales se dividieron en 6 grupos de 12 ratas cada uno: control (C), inducción del síndrome metabólico (SM), gastrectomía en manga (GM), SM + GM durante 6 (GM6), 12 (GM12) y 24 (GM24) semanas. Se evaluaron variables oxidativas (óxido nítrico, fibrinógeno, superóxido dismutasa, mieloperoxidasa), metabólicas (glucosa en sangre, triglicéridos, colesterol total, LDL, HDL e índice TC / HDL-C), pérdida de peso e ingesta alimentaria. SM fue inducido por administración de fructosa al 10% diluida en agua de bebida durante 6 semanas. Se realizó una GM asegurando una restricción gástrica de al menos un 80%. Se administró agua enriquecida con fructosa 10% ad libitum en el post operatorio inmediato, reiniciando la dieta al día siguiente. Observamos el estado inflamatorio y estrés oxidativo analizando fibrinógeno(mg/dL), óxido nítrico(NO)(μ M), superóxido dismutasa(SOD)(U/mL) por espectrofotometría y mieloperoxidasa(MPO)(UI) por ELISA. El perfil metabólico se estudió valorando glucemia, triglicéridos, colesterol total, HDL, LDL y el índice TG/HDL-C mediante métodos enzimáticos comerciales. Se aplicó test de LSD Fisher y Hotelling como test post hoc, nivel de significación de $p < 0.05$. **Resultados:** De las 72 ratas iniciales, 6 murieron después de la cirugía. La glucemia fue máxima en el grupo SM ($235 \pm 10,7$) y mostró diferencias estadísticas respecto al resto de los grupos ($p < 0,001$ en todos los casos). No se encontraron diferencias al comparar C ($126 \pm 2,4$) con GM ($116,25 \pm 19$), GM12 ($147,71 \pm 12$) y GM24 ($131,83 \pm 10,4$) o estos grupos entre sí. Los niveles de triglicéridos fueron mayores en el grupo de SM ($116,5 \pm 18$) y se logró una diferencia estadística al comparar este grupo con el resto que no tuvieron diferencias significativas entre si. El resto del perfil lipídico se comportó de manera similar. Los resultados de las variables plasmáticas: fibrinógeno, NO, SOD y MPO mostraron diferencias significativas al comparar el grupo SM con el resto de los grupos y sin significación al comparar los demás grupos entre sí. **Conclusiones:** La supervivencia de los animales fue satisfactoria. La inducción de SM mediante fructosa mostró un incremento estadísticamente significativo de las variables oxidativas y metabólicas y el peso. La GM indujo una mejora de las variables afectadas que tendieron progresivamente al control.

0-10

Espectrometría de masas de imágenes (MSI) sobre biopsias gástricas de pacientes obesos mórbidos candidatos a gastrectomía vertical (GV): Estudio preliminar.

Fatima Sabench¹, David Parada², Margarida Vives², Alicia Molina², Joan Marsal², Maria García³, Marta París², Beth Homs², Carla Morales², Daniel Del Castillo².

¹Universitat Rovira i Virgili. Facultad de Medicina, Reus

²Hospital Universitari Sant Joan, Reus; ³Universitat Rovira i Virgili. Dep. Biotecnología, Reus.

Objetivos: La espectrometría de masas de imágenes (MSI- mass spectrometry imaging) tiene un alto potencial para aplicaciones en el diagnóstico histopatológico, ya que permite detectar compuestos endógenos y exógenos en tejidos con especificidad molecular, manteniendo su orientación espacial. Sin embargo, no ha sido explotado para investigar la actividad metabólica celular asociada a la obesidad; nuestro objetivo es analizar las posibles diferencias metabólicas existentes entre pacientes *Helicobacter pylori* + y - a partir de las biopsias gástricas obtenidas antes y después de la Gastrectomía Vertical (FGS y pieza quirúrgica respectivamente).

Material y métodos: Se trata de un estudio clínico en pacientes obesos mórbidos con indicación de GV. Además de las biopsias de antro, cuerpo y fundus, se recoge muestra de sangre para estudio metabólico y heces para estudio metagenómico con el fin de obtener un panel metabólico completo en ambos tipos de pacientes antes y después de la cirugía. Se han reclutado por el momento 11 pacientes de los cuales tenemos analizadas 4 muestras por el momento. Se obtienen muestras endoscópicas prequirúrgicas y se analiza histopatológicamente la presencia de gastritis, *Helicobacter pylori* y metaplasia intestinal. Mediante MALDI-MSI, monitoreamos la distribución espacial de metabolitos como los pertenecientes a las familias lipoproteicas, la Ghrelina o la Acylghrelina en secciones frescas de biopsia gástrica. Cubrimos los tejidos con nanopartículas de oro y plata pulverizando depósitos para ayudar a la desorción / ionización de compuestos de menos de 1000 Da, además de usar matrices orgánicas clásicas para péptidos y proteínas pequeñas.

Resultados: Edad de los pacientes: 40.9± 8.5, peso (kg) 150 ±27.9, IMC (Kg/m²) 53.4± 2.9, HP+ =1, HP- =3. Relación hombre / mujer fue de 2/2. El paciente HP+ muestra una gastritis crónica leve (confirmada tanto con HE como por análisis inmunohistoquímico). Se erradica mediante protocolo habitual asistencial. El resto de los pacientes no mostraron gastritis y resultaron HP-. El análisis MALDI-MSI reveló varias moléculas pequeñas que presentan mayor abundancia en el tejido afectado por gastritis i HP, como el colesterol y los ésteres de colesterol. La actividad metabólica de la Ghrelina se encuentra actualmente en procesamiento técnico de estudio, a la espera de los primeros resultados preliminares. La distribución espacial de estos posibles biomarcadores de gastritis se correlaciona positivamente con la histopatología.

Conclusiones: LDI-MSI permite visualizar espacialmente la alteración en los patrones metabólicos asociados con los cambios en la histología de las biopsias gástricas (tanto antes de la erradicación como después); LDI-MSI complementa los enfoques de histopatológicos clásicos. Correlacionar las diferencias tisulares entre los dos grupos de pacientes con los cambios en la microbiota antes y después de la cirugía ofrece un enfoque novedoso para el estudio de los diferentes nexos metabólicos aun por explorar.

0-12

Cambios diferenciados en los metabolitos derivados de la microbiota después del BPGY y la GV en un modelo experimental de obesidad.

Elisabet Homs¹, Fatima Sabench², Margarida Vives¹, Marta París¹, Esther Raga¹, Èlia Bartra¹, Guillermo Renau¹, Carla Morales¹, Pilar Martínez¹, Daniel Del Castillo¹.

¹Hospital Universitari Sant Joan, Reus

²Universitat Rovira i Virgili. Facultad de Medicina, Reus.

Objetivos: En situaciones de obesidad se ha demostrado una alteración de la integridad de la barrera intestinal, con cambios importantes en la composición de la microbiota. La cirugía bariátrica puede revertir esta disbiosis mediada por el metabolismo de la colina y de los SCFA ácidos grasos de cadena corta. Nuestro objetivo determinar la concentración en suero de los principales ácidos grasos de cadena corta, colina y sus metabolitos (MAO y TMAO (N-óxido de trietamina), generados por la microbiota intestinal y valorar sus posibles diferencias en dos técnicas quirúrgicas diferentes (BPGY y GV).

Material y métodos: Se trata de un estudio experimental en ratas Sprague-Dawley de 8 semanas de edad (n=21). Para la obtención del modelo de obesidad, los animales son alimentados hasta la semana 14 mediante dieta cafetería asociada al pienso convencional. Grupo 1: Gastrectomía vertical (n=7); Grupo 2: BPGY (n=6) Grupo 3: sham (simulación quirúrgica) (n=6). Durante todo el experimento se ha mantenido el mismo tipo de dieta. 4 días antes de la cirugía, se obtienen muestras de sangre mediante canulación de la vena yugular externa. A las 6 semanas de la intervención se procede al sacrificio con la segunda recogida de muestras biológicas. El suero se procesa mediante cromatografía de masas.

Resultados: Después de la cirugía existen diferencias significativas entre los niveles de Colina (Sham 22.6±4.3, BPGY 10.5±1.6, GV 19.2±2.3; p<0.05) y TMAO (Sham 2.6±1.0, BPGY 1.2±0.7, GV 4.7±1.6; p<0.05) entre los tres grupos, siendo los niveles más bajos los correspondientes al BPGY. Los niveles de GLP-1 después de la cirugía siguen un patrón inverso siendo significativamente más altos para el grupo del BPGY (Sham 22±8.5, BPGY 46.8±13.7, GV 29.7±7.1; p<0.05). Para los SCFA, destaca una diferencia significativa entre los tres grupos en los niveles de Ácido acético (AA) (Sham 84.4±14, BPGY 180.9±32.3, GV 129.7±26.7; p<0.05) entre otros. Dentro de cada grupo, destaca una disminución significativa de los niveles de GLP-1 y un aumento del AA después de la GV; después del BPGY, destaca una disminución de los niveles de TMAO (3.8±2.3 a 1.2±0.6, p=0.03), a diferencia de la GV (4.2±1.9 a 4.7±1.5, p=0.651).

Conclusiones: Metabólicamente hablando, el BPGY genera un perfil metabólico más favorable que la GV, disminuyendo los niveles de TMAO (con elevado componente proinflamatorio y aterogénico) y siendo marcadamente diferentes que los de la GV. La redistribución anatómica del BPGY sin duda ejerce un papel clave en el fenotipo de los metabolitos derivados de la microbiota.

O-14

Gastrectomía vertical como técnica quirúrgica en cirugía bariátrica: análisis de resultados de seguridad y efectividad.

Joseba Castro Vázquez, Fátima Saravia Barahona, Carlos Loureiro González, Saioa Leturio Fernández, Ismael Díez Del Val, Marta García Fernández, Javier Ortiz Lacorzana, Julen Barrenetxea Asua, Ana Moro Delgado.
Hospital de Basurto - Osakidetza, Bilbao.

Objetivos: Analizar la morbilidad y mortalidad post-operatoria de la gastrectomía vertical (GV) como técnica quirúrgica y evaluar su efectividad en la pérdida de peso a largo plazo, comparando con los estándares de calidad descritos en la literatura.

Material y métodos: Según el protocolo de nuestra Unidad, realizamos gastrectomía vertical laparoscópica como técnica única en pacientes con IMC menor de 45 que no presenten DM II ni ERGE, además de como primer tiempo a partir de un IMC de 55.

Realizamos un estudio retrospectivo que incluye todos los pacientes intervenidos de GV como técnica bariátrica en el H.U. Basurto desde el año 2008 hasta 2017, con un total de 223 pacientes: 168 como técnica primaria (grupo 1) y 55 como primer tiempo (grupo 2).

Resultados: El IMC medio de los pacientes del grupo 1 es de 44,39 con un peso medio de 123 kg. Por el contrario, en el grupo 2 el IMC medio es de 62,40 con un peso medio de 171 kg. El 60% son mujeres.

En el grupo 1, 11 pacientes (6,54%), presentaron complicaciones post-operatorias Clavien-Dindo \geq III, siendo la mortalidad postoperatoria de 1 paciente (0,59%). La tasa de fístula es de 4,16% (7/168) y la tasa de reintervención es de 5,95% (10 pacientes).

En el grupo 2, las complicaciones \geq III se produjeron en 5 pacientes (9,09%), con 3 fallecidos. Hubo 3 fístulas (5,45%) y 6 reintervenciones (9,09%). La estancia hospitalaria media es similar en ambos grupos.

Respecto al seguimiento, en ambos grupos es $>70\%$ los 3 primeros años. A los 5 años, este porcentaje se mantiene en el grupo 1, pero desciende al 52% en el grupo 2.

En el grupo 1, 15 pacientes precisaron cirugía de revisión (8,92%) por pérdida de peso insuficiente o complicaciones (fístula refractaria o reflujo intratable). Del resto, a los 3 años de la cirugía, el 73% presentan un PEIMCP $>50\%$, que disminuye a un 64% a los 5 años y a 42,85% a los 10 años. El IMC "final" de estos pacientes es de 33,17 a los 5 y de 36,27 a los 10 años.

En el grupo 2 el 2º tiempo se completó en 8 pacientes (14,54%). En los pacientes que no se someten al segundo tiempo "malabsortivo" (y teniendo en cuenta las elevadas pérdidas de seguimiento), el porcentaje de pacientes con PEIMCP $>50\%$ es de un 53% a los 5 años, y su IMC medio de 42,81.

Discusión: La GV es una cirugía segura, realizada sobre todo en centros con gran experiencia en cirugía bariátrica, aunque dudosamente en los casos de "primer tiempo", probablemente por falta de optimización preoperatoria.

Como técnica única, analizada nuestra serie, la efectividad en cuanto a la pérdida de peso a largo plazo disminuye de manera considerable teniendo en cuenta los criterios de referencia aceptados, por lo que creemos que se deben reconsiderar a la baja las indicaciones de cara al futuro.

Como primer tiempo, es preciso mejorar el seguimiento y probablemente aumentar el porcentaje de pacientes que se someten a un segundo tiempo quirúrgico.

0-15

El cierre del espacio de Petersen con sutura barbada reduce significativamente la incidencia de hernia interna en el bypass gástrico antecólico.

Irene Herrero Muñoz, Teresa Carrascosa Mirón, Alberto Hernández Matías, Raquel León Ledesma, Manuel Gorosabel Calzada, Andrea Salazar Carrasco, Estefania Sánchez Sánchez, Juan Carlos Ruiz De Adana.
Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivo: Evaluar la incidencia de hernia interna tras el cierre del espacio de Petersen con una sutura continua barbada durante la cirugía de bypass gástrico laparoscópico.

Material y métodos: Diseño: estudio retrospectivo antes-después. Se incluyeron los pacientes sometidos a bypass gástrico laparoscópico antecólico desde 2009 hasta 2020, divididos en dos grupos: el primero antes de 2014 cuando el espacio de Petersen no se cerraba o se realizaba un cierre incompleto, y el segundo posteriormente hasta diciembre de 2020 cuando se cerraba de manera sistemática durante la cirugía primaria con una sutura barbada no reabsorbible.

Esta sutura se realiza antes de crear la anastomosis gastroyeyunal, lo que permite plicar completamente el espacio creado por el asa alimentaria con el mesocolon y la herniorrafia con el meso yeyunal.

Se analizaron los pacientes que habían sido intervenidos por sospecha clínica o prueba de imagen compatible con hernia o cualquier otro proceso abdominal.

Resultados: En el periodo de tiempo estudiado 1130 pacientes fueron intervenidos de bypass gástrico laparoscópico, de los cuales 851 (75,3%) fueron antecólicos. En el primer periodo se incluyeron 635 pacientes, y en el segundo 216 pacientes con cierre sistemático del defecto de Petersen con nuestra técnica (sutura barbada no reabsorbible). La media de IMC en ambos grupos fue de 45 y la edad de 43 años, sin diferencias significativas. Tuvieron que ser reintervenidos 16 pacientes del total (1,88%) por sospecha de hernia interna, 14 de ellos del grupo en el que se había realizado un cierre incompleto objetivando defecto en todos ellos (2,2%), y 2 del grupo en el que se había realizado herniorrafia, pero sólo en 1 de estos pacientes (0,46%) se observó un mínimo defecto herniario que no justificaría la clínica, sin otros hallazgos.

El riesgo de desarrollar una hernia de Petersen sintomática fue casi 5 veces superior en el grupo en el que no se realizó el cierre con una sutura barbada, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas por el tamaño muestral.

Las reintervenciones ocurrieron entre el primer y 6º año postoperatorio, siendo la mayoría de ellas (41%) durante el primer año tras la cirugía, con una media de 2,5 años.

Conclusiones: El cierre sistemático de los defectos mesentéricos creados durante la cirugía está recomendado mediante una sutura continua no reabsorbible aunque muchos grupos no cierran completamente el espacio de Petersen.

La hernia interna es la complicación más frecuente a largo plazo del bypass gástrico laparoscópico. Aunque tiene una baja incidencia en la serie estudiada (1,88% del total de pacientes intervenidos), está asociada a una importante morbilidad, sobre todo cuando el diagnóstico no es precoz.

El cierre mediante una sutura barbada antes de la realización de la anastomosis gastroyeyunal es un método sencillo y efectivo que reduce hasta 5 veces el riesgo de hernia. Esta técnica permite visualizar y cerrar completamente la brecha resultante entre el meso yeyunal y el mesocolon transversal.

0-16

Estudio coste-efectividad de la pérdida de peso preoperatoria en obesidad extrema, ¿cuál es la mejor opción terapéutica?

Sandra Sanz Navarro, José Luis Rodicio Miravalles, María Moreno Gijón, Sonia Amoza Pais, Tamara Díaz Vico, Estrella Olga Turienzo Santos, Raquel Rodríguez Uría, Lourdes Sanz Álvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Introducción: Los pacientes candidatos a cirugía bariátrica se benefician de la rápida pérdida de peso que se consigue por diferentes medios, balón intragástrico (BIG) o dieta muy baja en calorías (Very Low Calorie Diet) ya que disminuye el riesgo quirúrgico. En nuestro centro, los pacientes con obesidad extrema son optimizados para bajar de peso previamente a la intervención quirúrgica.

Objetivo: Estudiar el funcionalismo gastro-esofágico en la población obesa mórbida tributaria de cirugía bariátrica en nuestro entorno.

Pacientes y Métodos: El programa de cirugía bariátrica se inició en el Hospital Universitario Central de Asturias en octubre del año 2003. Hasta la fecha hemos realizado más de 800 intervenciones, principalmente bypass gástrico. El modelo de balón que utilizamos hasta el año 2015 era el Balón de Bioenterics® (BIB), desde septiembre de ese mismo año comenzamos a utilizar el Obalon™ (OB). A partir del año 2019, decidimos cambiar a una preparación con una dieta muy baja en calorías (VLCD) con aporte de suplementos hiperproteicos orales durante 3 meses previos a la cirugía, así como seguimiento por parte del servicio de Endocrinología. Realizamos un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo sobre nuestra base de datos prospectiva. El objetivo es analizar la relación coste-efectividad, tomando como medida de efectividad la pérdida de peso, y realizando cálculo individualizado del coste por paciente y episodio.

Resultados: Durante el primer periodo se colocaron 49 balones tipo BIB (en dos casos retirados por intolerancia). En el segundo periodo se colocó el balón tipo OB a 26 pacientes, en 3 pacientes fue necesario un segundo balón, sin embargo, no hubo retirada anticipada. En 2019 iniciamos la preparación con dieta muy baja en calorías en 7 pacientes, observando que la pérdida de peso es similar y el coste total es menor, así como el índice coste-efectividad. La comparación entre variables la realizamos mediante la T de Student y la prueba de Welch, encontrando diferencias significativas en el coste total.

	BIB	OB	VLCD
PACIENTES	47	26	7
EDAD MEDIA (años)	44,4(+/-10,6)	44,5(+/-10,6)	40,8(+/-7,5)
IMC PRE-TRATAMIENTO (Kg/m2)	61,4(+/-5,5)	59,5(+/-3,8)	57,6(+/-2,7)
PÉRDIDA PESO (kg)	24,5(+/-4,5)	18,6(+/-9,1)	21,6(+/-7,1)
COSTE TOTAL POR PACIENTE (€)	3001,8(+/-177,9)	1462,5(+/-317,3)	1236,01(+/-327,59)
TIEMPO DE TRATAMIENTO (días)	128,6(+/- 15,3)	93,5(+/-13,4)	93(+/-33,2)
PSP (%)	24,8(+/-9,7)	18,5(+/-7,9)	22,2(+/-8,3)
PEIMCP (%)	26(+/-10,2)	18,5(+/-8,9)	21,3(+/-8,1)
RELACIÓN COSTE-EFECTIVIDAD	138,7(+/-82,7)	111,7(+/-110,4)	77,1(+/-81,6)

IMC= Índice masa corporal

PSP= Porcentaje de sobrepeso perdido

PEIMCP=Porcentaje de exceso de IMC perdido

Tabla 1. Opciones terapéuticas en la optimización de pacientes con obesidad extrema

Conclusión: El estudio de nuestra experiencia en la pérdida de peso preoperatoria nos mostró que con el cambio de tipo de balón al Obalon™ conseguimos resultados similares en pérdida de peso, con un mes menos de tratamiento, a un coste inferior, además de ser más coste-efectivo, y con la ventaja de colocación ambulatoria lo que resulta más cómodo para el paciente. A partir de 2019 iniciamos la dieta muy baja en calorías observando una pérdida de peso similar, con un mejor índice coste/efectividad, menor coste total y exento de

complicaciones, optando en nuestro medio por el uso de VLCD como primera opción en la optimización del paciente con obesidad extrema.

0-17

Seguridad de la gastrectomía vertical en pacientes obesos con anticoagulación crónica.

Carlos Felipe Campo Betancourth, Sergio Ortiz Sebastián, José Luis Estrada Caballero, Celia Villodre Tudela, Esther Gracia Alegría, Emilio Ruiz De La Cuesta García-Tapia, Silvia Carbonell Morote, David Velilla Vico, Karina Cárdenas Jaén, José Manuel Ramia Ángel.

Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: Los pacientes con anticoagulación crónica (AC) que van a ser intervenidos quirúrgicamente requieren un manejo perioperatorio preciso para reducir el riesgo de complicaciones hemorrágicas o tromboembólicas. Según la evidencia científica, los pacientes con obesidad mórbida y AC pueden tener más complicaciones postoperatorias.

Objetivo: evaluar la seguridad de la gastrectomía vertical (GV) en pacientes obesos con AC en un centro de referencia para cirugía bariátrica.

Materiales y Métodos: estudio unicéntrico, observacional, de cohortes, retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes ≥ 18 años, intervenidos de gastrectomía vertical, desde enero/2008 hasta marzo/2021. Se realizó un análisis descriptivo clínico-demográfico de los pacientes. Se evaluó la asociación entre recibir AC y la edad, comorbilidad, IMC, sexo, frecuencia y gravedad de las complicaciones precoces postoperatorias, estancia hospitalaria, mortalidad y reingresos. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: se incluyeron un total de 345 pacientes. Doscientos veintiséis (65.5%) fueron mujeres. La mediana de edad fue de 49 años (RIQ:39-58), con un IMC de 53,1kg/m²(RIQ:46-60.6). Del total de pacientes, 37(10.5%) tomaban AC; estos pacientes eran de mayor edad que los no anticoagulados, sin alcanzar la significación, 56a(RIQ:42-60) vs 49a(RIQ:39-57), $p=0.07$, con más comorbilidades asociadas, como cardiopatía 19(51.4%) vs 29(9.4%), $p<0.001$ y dislipemia 19(51.4%) vs 108(35.1%) $p=0.05$, y mayor porcentaje de varones 21(56.8%) vs 98(31.8%), $p=0.003$. No hubo diferencias en cuanto al IMC 51.3kg/m²(RIQ:45.9- 56.8) anticoagulados vs 53.3kg/m²(RIQ:46.1-60.8) no anticoagulados, $p=0.421$, y el peso inicial 150kg(RIQ:119- 174) anticoagulados vs 140kg(RIQ:120-165) no anticoagulados, $p=0.483$. La mayoría eran tratados con acenocumarol, 30(81.1%), 4(10.8%) con los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) y 3(8.1%) con heparina de bajo peso molecular (HBPM). La causa más frecuente de anticoagulación fue la fibrilación auricular (FA) en 16(43.2%) pacientes, seguida de la enfermedad tromboembólica en 13(35.1%) y otras causas 8(21.6%). No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia global de las complicaciones postquirúrgicas precoces (<30 días), 8(21.6%) anticoagulados vs 41(13.3%) no anticoagulados, $p=0.171$, ni en la gravedad (Clavien-Dindo \geq IIIB), 2(25%) en anticoagulados vs 14(33.3%) en no anticoagulados, $p=0.643$. Cabe resaltar que, individualmente y aunque no hubo diferencias globales en las complicaciones postoperatorias, la hemorragia digestiva alta postoperatoria fue más frecuente en el grupo de pacientes anticoagulados, 2(5.4%) vs 0(0%), $p=0.011$. Tampoco se presentaron diferencias en la estancia hospitalaria, 5 días (RIQ:5-6) en anticoagulados vs 4 días (3-6) en no anticoagulados, $p=0,111$. No hubo casos de mortalidad precoz en ninguno de los grupos. La cohorte de pacientes anticoagulados presentó mayor cantidad de consultas a urgencias 5(13.5%) vs 18(5.8%), $p=0.077$, y reingresos 4(10.8%) vs 12(3.9%), $p=0.079$, sin alcanzar la significación estadística.

Conclusiones: Según nuestra experiencia, la GV es un procedimiento seguro en casos de AC. No observamos diferencias en la estancia hospitalaria, mortalidad o complicaciones precoces postquirúrgicas consideradas globalmente. No obstante, la hemorragia digestiva alta fue significativamente mayor en anticoagulados. Así mismo, se observó una tendencia de más consultas en urgencias y reingresos por cualquier causa en los pacientes anticoagulados, pero sin alcanzar la significación estadística. Una técnica quirúrgica cuidadosa y un adecuado protocolo de anticoagulación perioperatoria son fundamentales para disminuir las posibles complicaciones en estos pacientes.

0-18

Prevalencia y evolución de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en una cohorte de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica: Impacto según la técnica quirúrgica.

Margarida Vives Espelta¹, Èlia Bartra Balcells², Fàtima Sabench Pereferrer², Marta París Sans², Esther Raga Carceller², Guillermo Renau González², María Alejandra García Durán², Carla Morales Tugues², Gerard Capilla Mendía¹, Daniel Del Castillo Déjardin².

¹Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus

²Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Objetivos: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una entidad patológica significativamente ligada a la obesidad. Con este estudio pretendemos identificar la prevalencia de ERGE en nuestra población de pacientes, así como analizar el impacto de las principales técnicas bariátricas, bypass gástrico (BPG), gastrectomía vertical (GV) y cirugía de revisión (CR), en la aparición de RGE de novo y la evolución de RGE preexistente.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo del conjunto de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro des de enero de 2018 hasta diciembre de 2020 (N: 506) de los cuáles se analizaron los datos referentes a valores antropométricos, comorbilidades, técnica quirúrgica, hiatoptasia, complicaciones postoperatorias, pruebas endoscópicas y fluoroscopia, clínica de RGE, así como la necesidad de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones.

Resultados: Nuestra cohorte presenta una prevalencia de ERGE preoperatorio del 25,3%, siendo diagnosticado por fluoroscopia únicamente el 3,4%, aunque la fibrogastroscofia sí que muestra porcentajes superponibles de esofagitis y hernia de hiato. La necesidad de IBP en el preoperatorio es significativa, con una prevalencia que alcanza el 32,1%. El porcentaje de pruebas endoscópicas y fluoroscópicas patológicas es superior en el grupo BPG en comparación con el grupo GV, aunque el porcentaje de RGE clínico es tan sólo ligeramente menor en el grupo GV respecto al BPG, 20,5% frente 26%. En el grupo GV la presencia de RGE clínico a los 18 meses postcirugía se mantiene en un 20,9% con una necesidad incrementada, de forma significativa, de IBP. En cambio, en el grupo BPG, disminuye significativamente con una prevalencia del 1,1% de RGE clínico a los 24 meses de la cirugía y una necesidad de IBP que desciende significativamente; siendo los hallazgos endoscópicos y fluoroscópicos equiparables. 17 pacientes fueron sometidos a una CR por presentar RGE sintomático sin respuesta a IBP, siendo el 88,2% de los procedimientos primarios la GV y el 11,8% la banda gástrica ajustable. En todos los pacientes se realizó un BPG como cirugía de revisión. El 100% presentó una remisión clínica del RGE a los 12 meses postoperatorios con un descenso significativo de la necesidad de IBP, del 94,7% al 35,3%.

Conclusiones: La ERGE es una entidad prevalente entre los pacientes candidatos a cirugía bariátrica. La clínica no siempre se correlaciona con los hallazgos endoscópicos y fluoroscópicos por lo que se debería plantear la necesidad de estudios manométricos y pHmetrías de rutina tanto en el preoperatorio como en el seguimiento postoperatorio. La técnica quirúrgica determina la evolución del RGE siendo la GV la técnica que presenta peores resultados.

0-19

Implementación de enfermería bariátrica al programa de cirugía bariátrica y metabólica del hospital universitario Puerta del Mar de Cádiz.

Ander Bengoechea Trujillo¹, Maria De Los Ángeles Mayo Ossorio¹, José Manuel Pacheco García².

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cadiz

Introducción/Objetivos: La enfermería bariátrica se ha convertido en un apoyo fundamental dentro de una unidad de cirugía de la obesidad dando mayor accesibilidad y seguimiento al paciente y así descargar las consultas quirúrgicas y disminuir el abandono de los pacientes al programa de obesidad.

Estudiamos qué resultados obtuvimos durante dos periodos de estudio de un año, uno sin el apoyo de enfermería y otro una vez implementado la enfermería bariátrica.

Material y métodos: Se compararon los pacientes intervenidos de obesidad independientemente de la técnica utilizada durante el año 2018 y durante el 2019 una vez puesta en marcha la consulta de enfermería bariátrica. Fueron analizados 83 pacientes en el primer periodo y 80 en el segundo. Se comparó la optimización previa a la cirugía medido como la adhesión a la dieta preoperatoria, el %IMC perdido total y el tiempo desde la visita a consulta hasta la cirugía.

También se comparó el %IMC perdido los pacientes una vez incluidos en lista de espera hasta la cirugía. Así mismo, se analizó la adherencia dicha consulta y el índice de abandono del programa.

Resultados: Se observa durante el segundo periodo un aumento del %IMC perdido que han tenido nuestros pacientes del 7% al 9%, así mismo ha aumentado el %IMC perdido una vez incluido en LEQ hasta la cirugía del 3% al 4%, lo que da a entender un mayor cumplimiento de dieta y realización de ejercicio adaptado.

También el tiempo desde que fueron valorados por primera vez hasta la inclusión en lista de espera disminuyó en 22 días, ya que los pacientes conseguían mejor y antes los objetivos de nuestro programa. Tras preguntarle por el cumplimiento de la dieta los pacientes que fueron seguidos también por la enfermera bariátrica reconocieron cumplirla en un 80% en comparación con el primer periodo que fue del 70% así como se observó una disminución del 7% del abandono del programa.

El cumplimiento de los pacientes a esta consulta fue muy bueno, observando que acudían regularmente en un 90%.

	2018-2019 Sin enfermería	2019-2020 Con enfermería
% medio de IMC total perdido	7%	9%
% medio de IMC perdido desde inclusión LEQ a cirugía	3%	4%
Tiempo hasta inclusión el LEQ	168 días	140 días
% de adhesión a la dieta	70 %	80%
% Abandono del programa	14,4%	7'5%
% Adherencia a consulta		90%

Conclusiones: En vista de los resultados obtenidos, la puesta en marcha en nuestro servicio de la enfermera de cirugía bariátrica ha conseguido una mejora de la optimización de nuestros pacientes de cara a la cirugía consiguiendo realizar cirugías con IMC más bajos, así como controlando, durante el tiempo de espera, el peso de una forma más adecuada. Así mismo, este seguimiento más continuo provoca un mayor número de adherencias a las dietas y un menor abandono por parte del paciente al programa de cirugía bariátrica, así como una espera menor para la inclusión quirúrgica.

0-20

Implementación de la vía rica en una unidad de cirugía bariátrica

Raquel Rodríguez Uría, Sandra Sanz Navarro, María Moreno Gijón, Jose Luis Rodicio Miravalles, Sonia Amoza País, Tamara Díaz Vico, Estrella Olga Turienzo Santos, Lourdes Sanz Álvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivo: La Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (vía RICA) ha demostrado mejorar la recuperación postoperatoria.

La aplicación de estos protocolos a la Cirugía Bariátrica pretende reducir las complicaciones quirúrgicas y mejorar la calidad de vida percibida por los pacientes.

El objetivo de la comunicación es analizar la implementación de esta vía clínica en una Unidad de Cirugía Bariátrica de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo del cumplimiento de la vía RICA en aquellos pacientes intervenidos por Obesidad Mórbida en nuestro hospital entre el 1 de febrero de 2019 y el 31 de mayo de 2021.

Resultados: Durante el periodo referido se intervinieron 118 pacientes, de los que casi el 50% se incluyeron en el programa de recuperación intensificada.

De los 60 pacientes incluidos en el protocolo RICA, 13 fueron hombres (21,7%) y 47 mujeres (78,3%), con una edad media de 43,35 (\pm 8,92) años y un IMC medio de 45,53 (\pm 4,16) kg/m².

Se realizó un bypass gástrico en 43 pacientes (73,4%) y una gastrectomía vertical en 16 (26,7%), siendo todos los procedimientos vía laparoscópica.

En el manejo intraoperatorio, a todos los pacientes se les aplicaron medias de compresión neumática intermitente, se les administró profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios (simple o doble) y analgesia multimodal. Se canalizó una vía arterial en 5 pacientes (8,3%) y una vía venosa central en 1 paciente (1,7%). La sonda vesical se utilizó en 19 pacientes con retirada temprana en todos ellos, y solo precisó drenaje 1 paciente (1,7%).

En el 45% de los casos (27 pacientes) se requirió 1 dosis puntual de cloruro mórfico en el postoperatorio inmediato, logrando el inicio de la tolerancia oral y la movilización precoz (6 horas tras la cirugía) en aproximadamente el 70%. La dieta se pudo progresar según protocolo en 59 pacientes (98,3%).

Reingresaron 2 pacientes (3,3%) en los primeros 30 días postoperatorios, siendo la tasa de fuga anastomótica, reintervención y mortalidad en este periodo del 0%.

El alta hospitalaria se produjo en el 2º día postoperatorio en 35 pacientes (58,3%), en el 3º día en 20 pacientes (33,3%) y en el 4º día en 5 pacientes (8,3%); todos ellos tuvieron una valoración nutricional y recibieron información sobre los principales signos de alarma de posibles complicaciones previamente al alta.

Conclusiones: La implementación de la vía RICA en Cirugía Bariátrica es factible y segura, pero resulta complicado en hospitales de gran volumen, siendo imprescindible el compromiso de todo el equipo implicado para su correcto cumplimiento.

La monitorización y continúa reevaluación del protocolo es fundamental para detectar fallos en su aplicación y poder corregirlos, con el objetivo de ofrecer una vía RICA completa con todos sus beneficios.

0-21

Situación actual de la cirugía bariátrica robótica en España

Jordi Tarascó Palomares¹, Pau Moreno Santabàrbara¹, Albert Caballero Boza¹, Clara Gené Skrabec¹, Ramón Vilallonga Puy², José Manuel Fort López-Barajas², Antonio López Useros³, Gonzalo Gutierrez Fernández³, David Pacheco Sánchez⁴, Pilar Pinto Fuentes⁴.

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona;

²Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona;

³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander;

⁴Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Objetivo: Actualmente, no existe ningún registro nacional de cirugía bariátrica robótica. El objetivo de este trabajo es conocer los centros que la realizan, el número de procedimientos y las técnicas usadas. Esta información puede ser de gran ayuda para evaluar el papel actual y futuro de esta plataforma en cirugía de la obesidad y metabólica.

Material y Métodos: Con los datos proporcionados por Abex® (distribuidora de la única plataforma robótica disponible actualmente, el sistema Da Vinci®) se ha contactado con los equipos quirúrgicos de los centros implicados para verificar la implantación de programas de cirugía bariátrica robótica y conocer su actividad.

Entre los datos recogidos están el número de hospitales con este programa, el tipo de cirugía, primaria o de revisión, las técnicas usadas, el número de casos realizados y los modelos utilizados de Da Vinci®.

Resultados: En Junio de 2017 había en España 35 unidades de Da Vinci® y solo 3 hospitales realizaban cirugía bariátrica robótica: el Hospital Vall d'Hebrón (Barcelona, inicio en 2010), el Hospital Marqués de Valdecillas (Santander, inicio en 2016) y el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona, inicio 2017).

En febrero de 2019 ya había 55 unidades de Da Vinci® en España y 7 centros con programa de cirugía bariátrica robótica. Se han realizado un total de 478 intervenciones (98% de cirugía primaria, solo 7 casos de cirugía de revisión), la mayoría (70%) han sido Bypass gástrico y actualmente los modelos de sistema Da Vinci® utilizados son principalmente el X y Xi.

Conclusiones: El crecimiento de la cirugía bariátrica robótica en nuestro país es importante. En los últimos dos años se ha multiplicado el número de centros con programa robótico y se han realizado prácticamente tantas intervenciones como en los primeros 7 años, desde su inicio en 2010. Dado este ritmo y las previsiones de futuro, parece imprescindible un registro nacional para conocer el papel de esta plataforma y aportar evidencia que confirme sus posibles ventajas respecto a la cirugía bariátrica laparoscópica.

0-22

La prehabilitación como punto clave del éxito en la cirugía bariátrica.

Silvia Aguas Blasco, Natalia Pérez Serrano, Ana Llantero García, Aitana García Tejero, Adrián Herrero Fabregat, Ana Rodríguez Pérez.
Hospital San Pedro de la Rioja, Logroño.

Introducción: La formación acreditada de los grupos de profesionales dedicados a la cirugía bariátrica y metabólica es necesaria para mantener las tasas de resultados, la seguridad del paciente a largo plazo y los estándares de calidad descritos por las sociedades científicas.

Del mismo modo la creación, implementación y mantenimiento de protocolos y guías clínicas, fomentan el cumplimiento de las medidas instauradas tanto por parte de los profesionales como de los pacientes.

Objetivo: Tras la formación de profesionales acorde a las fases del programa SECO, diseño de protocolo y vía clínica del proceso de cirugía bariátrica e implantación de dicho proceso en nuestro hospital, procedemos a la auditoría global de los 50 primeros pacientes y a la definición y puesta en marcha de áreas de mejora.

Material y Métodos: Se propone por una parte un refuerzo de la prehabilitación para mejorar las condiciones de los pacientes previas a la cirugía, dando especial énfasis a la intensificación de la pérdida de peso preoperatoria, así como una ampliación del documento de información con el desarrollo de un plan estructurado y detallado de ejercicio físico, establecimiento del circuito para optimización de comorbilidades cardiológicas y respiratorias, y mejora en la motivación para fomentar la adherencia de los pacientes al programa.

Por otro lado, hemos realizado una simplificación de la vía clínica para mejorar los cuidados intrahospitalarios y garantizar su cumplimiento por parte de todos los profesionales.

Discusión: La pérdida de peso preoperatoria asocia beneficios quirúrgicos, por lo que es una de las medidas clave para optimizar los resultados postoperatorios. Diversos estudios han demostrado que una pérdida del 10% de peso produce una disminución del tamaño hepático y de la grasa intraabdominal lo que facilita la técnica quirúrgica, reduce el tiempo operatorio y disminuye el riesgo de complicaciones, estancia hospitalaria y costes sanitarios. Además, constituye un factor predictivo de éxito en cuanto a cumplimiento de dieta y mejora de comorbilidades.

Dentro de la optimización preoperatoria se incluye también la fisioterapia respiratoria, que persigue la mejoría de los parámetros respiratorios mediante espirometría incentivada, un método sencillo y eficiente para la prevención de atelectasias en el postoperatorio inmediato. Por otra parte, se le proporciona al paciente consejo anti tabáquico y se les aplica el cuestionario "STOP-BANG" como cribado del síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Como parte de la mejora de los parámetros cardiológicos se incentiva el ejercicio previo a la cirugía con ejercicios sencillos que se puedan realizar con elementos cotidianos para mejorar su adherencia tanto pre como postoperatoria y se mejoran parámetros analíticos como la anemia.

Conclusión: El éxito de esta cirugía radica en una combinación de las habilidades técnicas del cirujano, así como de la adherencia de los pacientes a los cambios en su estilo de vida.

Por ello, para obtener un resultado satisfactorio en la cirugía bariátrica se requiere la implicación del paciente en el pre y en el post operatorio siendo su educación un aspecto esencial en el proceso de evaluación previo a la cirugía.

0-23

¿Influye la pérdida ponderal preoperatoria en los resultados a largo plazo?

María José Gómez-Jurado, Amador García Ruiz De Gordejuela, Mireia Verdaguer, Marc Beisani, Ramon Vilallonga, Montse Adell Trapé, Enric Caubet, Carlos Petrola, Oscar González, José Manuel Fort.
Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: El proceso de preparación para cirugía incluye cambios de hábitos e inicio de dieta que inducen a pérdida ponderal. Existe una tendencia que promueve la pérdida de como mínimo un 5% del peso máximo de cara a la cirugía. Esta regla está entredicha por recientes publicaciones. Evaluamos la pérdida ponderal a 5 años entre pacientes que cumplieron o no este criterio en el preoperatorio.

Métodos: Análisis retrospectivo de la base de datos prospectiva de cirugía bariátrica de nuestro Centro. Se incluyeron pacientes intervenidos de gastrectomía vertical (GV) y bypass gástrico (BPG) como cirugía primaria con seguimiento completo a 5 años. Se han excluido los pacientes perdidos de seguimiento y los que se han convertido a otros procedimientos. Se ha evaluado el índice de masa corporal (IMC) nadir y a los 5 años entre aquellos pacientes que perdieron más o menos del 5% del peso total antes de la cirugía.

Resultados: De un total de 1934 cirugías realizadas en nuestro centro, 419 pacientes cumplieron los criterios de inclusión (194 GV y 225 BPG). De estos, 323 (77,1%) fueron mujeres, con una edad media de 45,85 años (rango 15 a 69). Los pacientes que perdieron $\geq 5\%$ del peso total previo a la cirugía fueron 49 (11,7%, 35 GV y 14 BPG). La serie global no mostró diferencias significativas en el IMC a los 5 años (30,60 vs 31,99; $p=0,138$) entre los que cumplieron o no el 5% de pérdida ponderal precirugía; pero sí en el IMC nadir (26,92 vs 28,56; $p=0,018$). Cuando evaluamos por tipo de cirugía, en los pacientes de GV la pérdida preoperatoria implicó menor IMC nadir (26,18 vs 29,5; $p=0,001$) y menor IMC a los 5 años (30,34 vs 33,61; $p=0,013$). No hubo diferencias en los pacientes con BPG (IMC nadir 27,77 vs 27,78; $p=0,986$; IMC 5 años 31,07 vs 30,63; $p=0,687$). Al excluir los pacientes con IMC superior a 50kg/m², los resultados fueron similares.

Conclusiones: La pérdida del 5% del peso total previo a la cirugía puede tener relación con alcanzar un menor peso nadir de forma global, pero a largo plazo sólo influye en los pacientes intervenidos de gastrectomía vertical.

0-24

Estudio de los hábitos dietéticos de pacientes de GVL y BPGYRL a 12 y 24 meses postoperatorios.

Jose Vicente Ferrer Valls, Victor Fandos Martí, Carla Cuevas Ortega, Álvaro Bernabeu Sanchís, Paula Patiño Díaz, Jose Andrés Mateo, Lis Zamora Cubas, Ángel Sanahuja Santafé.
Clínica Obésitas, Valencia.

Introducción: La cirugía bariátrica implica cambios alimentarios que producen intolerancia y otros factores que llevan al menor consumo de determinados alimentos.

Objetivos: Comparar diferencias de frecuencia de consumo de alimentos entre pacientes intervenidos de Gastrectomía Vertical (GVL) y de Bypass Gástrico en Y de Roux (BPGYRL) por laparoscopia, a los 12 y 24 meses postoperatorios.

Material y Métodos: Estudio prospectivo sobre 4 grupos de pacientes: GVL 12 meses (n= 17), GVL 24 meses (n=14), BPGYRL 12 meses (n=11) y BPGYRL (n=17). Selección consecutiva de Abril 2016 a Noviembre 2018. Se distribuye a los pacientes un Cuestionario de Frecuencia de Consumo de alimentos que incluye 24 alimentos donde el paciente indica la frecuencia de consumo diaria, semanal o mensual. Recopilación de datos al 12^º y 24^º mes postoperatorio. Estudio de los cambios evolutivos y comparación entre GVL y BPGYRL.

Resultados: En los grupos intervenidos de Gastrectomía Vertical hay mejoría a los 24 meses para las variables "Agua" (19%), "Legumbres" (9%), "Arroz y pasta" (70%), "Frutas y verduras" (19%), "Huevos" (70%), "Pescados" (19%), "Refrescos con gas" (70%) y "Picoteos" (27%). Por el contrario, hay empeoramiento en "Lácteos" (-6%), "Dulces" (-21%) y "Fritos y rebozados" (-21%). En los grupos intervenidos de Bypass Gástrico en Y de Roux hay mejoría a los 24 meses para las variables "Agua" (27%), "Lácteos" (19%), "Frutas y verduras" (35%), "Huevos" (35%), "Pescados" (35%) y "Fritos y rebozados" (57%). Por el contrario, hay empeoramiento en "Legumbres" (-29%), "Arroz y pasta" (-62%), "Dulces" (-94%), "Refrescos con gas" (-110%) y "Picoteos" (-94%).

Conclusiones: 1- La distribución de alimentos y nutrientes es inadecuada a los 12 y 24 meses en aproximadamente el 10% de los pacientes en ambas técnicas. 2- En el mes 24 se aprecia una mejoría considerable en ambas técnicas quirúrgicas respecto del mes 12. 3- Los pacientes intervenidos de GVL, muestran menos dificultades para seguir una dieta equilibrada. 4- Esto muestra la importancia de que la dieta sea controlada y evaluada periódicamente, con especial hincapié en la cantidad, calidad, variedad y métodos de cocinado más favorables.

0-25

Desarrollo e implementación de un protocolo de recuperación acelerada en cirugía bariátrica adaptado a un país del tercer mundo.

Franco Signorini, Belen Soria, Florencia Huais, Rafael Pereyra, Martin Andrada, Lucio Obeide, Federico Moser.

Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba.

Objetivos: Establecer los resultados de un protocolo de recuperación acelerada adaptado a un servicio de cirugía bariátrica de Argentina con respecto a días de internación, uso de drenajes, uso de opioides, complicaciones, re-internaciones y costos. **MÉTODOS** Se desarrolló un protocolo de recuperación acelerada adaptado a nuestra realidad en el Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina. Se decidió comparar los resultados prospectivos obtenidos de la aplicación de este protocolo entre 2017 y 2019: grupo Fast-Track (FT), con aquellos de los años entre 2014 y 2017: grupo Cuidados Habituales (CH), que fueron obtenidos de manera retrospectiva. Se incluyeron todas las cirugías bariátricas de manera consecutiva operadas entre 2014 y 2019, sin exclusiones. **RESULTADOS** Durante el período mencionado, se estudiaron 816 pacientes. De estos, 385 (47,2%) pertenecían a CH y 431 (52,8%) a FT. CH se compuso por 259 (67,3%) mangas, 121 (31,4%) by pass gástrico y 5 conversiones (1,3%) mientras que FT 220 (51%) mangas, 200 (46,4%) by pass y 11 conversiones (2,6%). La estadía hospitalaria media fue de 58,5 (CH) Vs 40,3 (FT) horas ($p < 0,0001$). El porcentaje de complicaciones mayores en FT fue 1,8% (8) y en CH 3,9% (15) ($p=0,79$). Se utilizaron drenajes intra abdominales en el grupo CH en el 99,4% de los pacientes (383) y en 83,9% (362) de los pacientes del grupo FT ($p < 0,0001$). El porcentaje de pacientes re-internados (total= 31; 3,8%) fue de 2,8% (12) en FT y de 4,9% (19) en CH ($p=0,19$). La media de morfina utilizada en las primeras 24 hs de internación fue de 18,81 mg en el grupo CH y de 3,35 mg en el grupo FT ($p < 0,001$). Los costos se redujeron de manera estadísticamente significativa 2951,81 (CH) vs 2864,33 (FT) USD ($p < 0,0001$). **CONCLUSIÓN** La adaptación de protocolos de recuperación acelerada a un servicio de cirugía bariátrica de Argentina sería factible pudiendo disminuir días de internación, uso de drenajes, complicaciones, re-internaciones, costos y uso de opioides.

0-26

Tromboprofilaxis en cirugía bariátrica: riesgo trombótico vs riesgo hemorrágico.

Manuel Gorosabel Calzada, Irene Herrero Muñoz, Alberto Hernández Matías, Raquel León Ledesma, Javier García-Quijada García, Alejandro Andonaegui De La Madriz, Pablo Pastor Riquelme, Teresa Carrascosa Mirón, Juan Carlos Ruiz De Adana Belbel, José María Jover Navalón.
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Objetivos: Determinar el riesgo trombótico y hemorrágico en la cirugía bariátrica con programas de rehabilitación multimodal, comparando dos pautas de profilaxis farmacológica recomendadas en la Guía de la Sociedad Española de Cirugía de Obesidad y la Sección de Obesidad de la AEC.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes desde enero-2010 a diciembre-2019. Se registraron los casos de gastrectomía vertical o bypass gástrico, aplicando sistemáticamente protocolos de rehabilitación multimodal. Se analizaron dos pautas reducidas de quimioprofilaxis, de inicio tras la cirugía y mantenida durante 10 días; uno con fondaparinux (Arixtra®) a dosis fija de 2,5 mg/día y otro con enoxaparina (Clexane®) con dosis única diaria ajustada al IMC: 40 mg/día para IMC de 35-40 y 60 mg/día para IMC de 40-60.

Resultados: Se incluyeron 675 pacientes; 354 con fondaparinux-Arixtra® durante el periodo 2010-2015 y 321 con enoxaparina-Clexane® durante el periodo 2016-2019. No hubo ningún caso de TVP o TEP clínico. No obstante, la incidencia de hemorragia con necesidad de una reoperación, transfusión o con un descenso de más de 3 g/dL de hemoglobina fue del 4,7%, sin diferencias entre los grupos. La mortalidad fue nula. La estancia media fue de 2,8 días y el seguimiento ambulatorio fue del 100% durante los primeros 6 meses y del 95% a los 12 meses.

Conclusiones: La combinación de programas de rehabilitación multimodal y tromboprofilaxis mecánica y farmacológica por equipos experimentados, reduce el riesgo de eventos tromboembólicos y podría justificar las pautas reducidas de quimioprofilaxis para disminuir el riesgo de una hemorragia postoperatoria.

0-27

La herramienta riesgo quirúrgico de la aplicación móvil de la SECO y su uso en una unidad de cirugía bariátrica: Estudio piloto.

Rocío Soler Humanes, Leila Pico Sánchez, José Luis Fernández Serrano, Luis Carlos Hinojosa Arco, Blanca García García, Sebastián Mansilla Díaz, Natalia Avila García, Emilio Buendía Peña, Resi Luna Díaz, Luis Ocaña Wilhelmi.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga..

Objetivos/Introducción: El Calculador de Riesgo está creado por el ACS NSQIP (Programa Nacional para la Mejora de la Calidad Quirúrgica del Colegio Americano de Cirujanos). Es muy rápido y fácil de hacer. Se basa en una amplísima base de datos, actualizada a 19 de Agosto de 2019. Recoge una variada oferta de Intervenciones de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Los 18 items que incluye, más el IMC, son los datos que todos recogemos en nuestras anamnesis bariátricas, por tanto es muy sencillo rellenarlo, y no solicita parámetros analíticos ni fisiológicos que a lo mejor no tenemos a mano, o no están actualizados. La Aplicación fue presentada en el XX Congreso de la SECO, en Abril de 2018 en Palma de Mallorca. Nuestro objetivo es aplicarla y valorar su utilidad en el día a día de una Unidad de Cirugía Bariátrica.

Material y Método: Desarrollamos un estudio prospectivo observacional de 100 intervenciones bariátricas consecutivas (Gastrectomía Vertical Laparoscópica) realizadas en nuestra Unidad de Cirugía Bariátrica, desde Mayo de 2018 a Febrero de 2020. A todos los pacientes se les realiza preoperatoriamente el Cálculo de Riesgo Quirúrgico de la Aplicación Móvil de la SECO (ACS NSQIP). Nos centramos en seis indicadores de riesgo quirúrgico: Morbilidad total dividida en Grave y Cualquier Complicación, Estancia Media, Sepsis, Reingreso y Mortalidad. Tras la intervención, se registra si han presentado morbilidad, sepsis, reingreso o mortalidad, y cuál ha sido su estancia media. Posteriormente realizamos las medias de las variables en esos 100 pacientes y comparamos los resultados entre la previsión del Cálculo de Riesgo Quirúrgico y la realidad de las complicaciones acontecidas.

Resultados: La posibilidad de presentar una complicación grave, según nuestra serie de pacientes y los 18 items más el IMC que el calculador nos solicita, es del 2,73%. Hemos tenido una fístula que precisó endoprótesis (Clavien-Dindo III), que supone el 1%. En cuanto a cualquier complicación, el calculador arroja tras realizar la media de los 100 pacientes, un 3,46%. Nosotros nos acercamos a esa previsión, con un 4% (a la fístula, añadimos un absceso, una infección urinaria y un sangrado que no precisó transfusión, Clavien-Dindo I y II). La estancia media del calculador es inferior (2 días) a la nuestra (3 días); entre otros, el paciente de la fístula estuvo 28 días. En cuanto a la sepsis (estimación 0,33%), no tuvimos (0%). La posibilidad de reingreso es del 3,35%, nosotros el 2% (la infección urinaria y el absceso). No tuvimos mortalidad y el calculador estaba en sintonía (0,05%).

Conclusiones: Nuestra unidad de Cirugía Bariátrica sigue la Vía Clínica de la SECO y del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal. El Calculador de Riesgo Quirúrgico es una herramienta eficaz, rápida y fácil de calcular, y que se aproxima a la realidad en su predicción de complicaciones, estancia media, reingreso y mortalidad. Además, puede servir para demorar una intervención y preparar al enfermo hasta una previsión más halagüeña, así como enseñarnos a acercarnos a los estándares reconocidos y ayudarnos en la información preoperatoria detallada a nuestros pacientes.

0-29

Influencia del intervalo en la pérdida ponderal a medio y largo plazo tras segundo tiempo de SADI-S

Montse Adell Trapé, Amador García Ruiz De Gordejuela, Mireia Verdaguer Tremolosa, Ramon Vilallonga Puy, Marc Beisani Pellise, Maria José Gómez Jurado, Oscar González, Mauricio Pérez Soto, Enric Caubet Busquet, José Manuel Fort Barajas.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: El SADI-S es una cirugía que se puede utilizar como recurso para tratamiento secuencial de pacientes complejos o bien como rescate en casos de fracaso de pérdida ponderal tras Sleeve. El intervalo entre la gastrectomía vertical y el SADI-S ha sido considerado un factor negativo respecto a la pérdida ponderal a medio y largo plazo. En este estudio evaluamos la pérdida ponderal en función de este factor.

Métodos: Evaluación retrospectiva de la base de datos prospectiva de la Unidad de Cirugía Bariátrica de nuestro centro. Se han incluido todos los pacientes con SADI-S en segundo tiempo. Se analiza el peso en los diferentes puntos de seguimiento antes y después del SADI-S. Se consideran como cirugía en dos tiempos los pacientes con IMC superior a 50kg/m² en el momento de la gastrectomía vertical.

Resultados: Se han intervenido 43 pacientes de SADI-S en 2 tiempos, 31 mujeres (72,1%) con una edad media de 46,58 (28-59). El IMC antes del Sleeve es 52,65kg/m² (rango 38,5 a 71). El IMC antes del SADI-S es 40,73 kg/m² (34-51,7). 31 pacientes (72,1%) son cirugías en dos tiempos. El intervalo entre cirugías es 30 meses (rango 12-84). A los 2 y 5 años del SADI-S el IMC es 32,33 kg/m² (31 pacientes, rango 19,7-46) y 32,98kg/m² (16 pacientes, rango 27-4,64). Estratificando el intervalo de seguimiento tanto por años, como antes o después de 18 meses, no se observan diferencias estadísticamente significativas ni al IMC a los 24 ni a los 60 meses. El análisis de regresión no identifica que al tiempo entre cirugías tenga influencia en el IMC final a los 2 años.

Conclusiones: Pese a las limitaciones de un grupo pequeño de pacientes y con seguimiento escaso a largo plazo tras el SADI-S, no se observan diferencias significativas en cuanto a la pérdida ponderal a largo plazo en función del intervalo entre cirugías.

Intervalo	IMC 2 años post SADI-S	p	IMC 5 años post SADI-S	p
<2 años	29,64 (23-34)	0,888	34,28 (27-43)	0,624
2-4 años	31,04 (26-37)		33,37 (29-38)	
>4 años	29,92 (29-30)		30,2 (28-32)	
<18 meses	27,05 (23-31)	0,259	28,3 (27-29)	0,105
>18 meses	30,92 (26-37)		34,21 (28-43)	

0-30

Morbilidad postoperatoria precoz en cirugía de revisión tras gastrectomía vertical: Experiencia en bypass gástrico

Carlos Felipe Campo Betancourth, Sergio Ortiz Sebastián, José Luis Estrada Caballero, Clara Llopis Torremocha, Juan Jesús Rubio García, Emilio Ruiz De La Cuesta García-Tapia, Silvia Carbonell Morote, Esther Gracia Alegría, Karina Cárdenas Jaén, José Manuel Ramia Ángel.
Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: La cirugía de revisión tras cirugía bariátrica está indicada en casos de reganancia ponderal o por complicación de la técnica previa. Según la literatura, ésta se asocia a una mayor morbilidad postquirúrgica.

Objetivo: Evaluar la morbilidad postoperatoria precoz en pacientes intervenidos de bypass gástrico (BPG) como cirugía de revisión (CR), previamente sometidos a gastrectomía vertical (GV) como técnica primaria (GV-1ª), comparándose con las propias del BPG primario (BPG-1º) en un centro de referencia.

Materiales y Métodos: estudio unicéntrico, observacional, de cohortes, retrospectivo. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años, sometidos a BPG-CR con GV-1ª, comparándolos con los casos de BPG-1º, desde enero/2008 hasta marzo/2021. Se realizó un análisis descriptivo clínico-demográfico. Se evaluó la asociación entre las complicaciones del BPG-CR y la edad, comorbilidad, IMC, sexo, complicaciones del BPG-1º, estancia hospitalaria, mortalidad y reingresos. Se consideró una significación estadística, $p < 0.05$.

Resultados: se incluyeron 48 pacientes intervenidos de BPG-CR y se compararon los resultados con 580 pacientes sometidos a BPG-1º. Los pacientes de BPG-CR tenían una edad de 50.5a (RIQ:43-55.75) vs 46a (RIQ:39-53) en BPG-1º, $p=0.017$. Treinta y tres (68.8%) fueron mujeres. El peso inicial fue de 117kg (RIQ:102-130) vs 130kg (RIQ:117-143), $p < 0.001$; el IMC inicial fue de 44.2kg/m²(RIQ:40.5-48.7) vs 47.6kg/m²(RIQ:44.1-51.5), $p=0.004$, respectivamente. El 99% fue por vía laparoscópica. Los factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM-II, SAOS, DLP, esteatosis hepática) fueron significativamente más frecuentes en BPG-1º, $p < 0.05$. Las indicaciones de CR fueron la reganancia/estancamiento ponderal 35(72.9%), la reganancia/estancamiento ponderal+ERGE 7(14.6%) y la ERGE 6(12.5%). La mediana de tiempo entre la GV-1ª y el BPG-CR fue de 3 años (RIQ:2.25-5). No hubo diferencias significativas globales en la frecuencia 9(18.8%) vs 111(19.1%), ni en la gravedad (Clavien-Dindo \geq IIIB) 1(11.1%) vs 17(16.7%), de las complicaciones de ambas cohortes, $p > 0.05$. No obstante, al analizar individualmente las complicaciones, observamos mayor tendencia de fístula anastomótica en el BPG-CR, 2(4.2%) vs 6(1%) del BPG-1º, $p=0.063$. La estancia hospitalaria del BPG-1º fue mayor, 4 días (RIQ:3-5) vs 3 días (RIQ:3-4), $p < 0.001$. Sólo hubo un caso de muerte precoz en el BPG-1º. No hubo diferencias en las consultas a urgencias 6(12.5%) vs 34(14.9%), $p=0.666$, ni en reingresos 6(12.5%) vs 21(9.4%), $p=0.511$.

Conclusiones: En nuestra serie la indicación más relevante del BPG-CR fue la reganancia/estancamiento ponderal, seguido de la ERGE. No observamos diferencias significativas en las consultas a urgencias o reingresos, mortalidad, frecuencia o gravedad de las complicaciones precoces postquirúrgicas consideradas globalmente, ni según el periodo de cirugía. Observamos una tendencia de mayor cantidad de fístulas anastomóticas en los pacientes de CR, sin alcanzar la significación. El BPG-CR tras una GV-1ª es un procedimiento seguro en un centro con experiencia en CB.

0-31

Girugía bariátrica de revisión, estudio retrospectivo

Èlia Bartra Balcells, Marta París Sans, Esther Raga Carceller, Margarita Vives Espelta, Guillermo Renau González, María Alejandra García Duran, Fàtima Sabench Pereferrer, Daniel Del Castillo Déjardin.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Objetivos: El aumento de la cirugía bariátrica en los últimos años, y especialmente de la gastrectomía vertical laparoscópica, lleva consigo un aumento en la frecuencia de la cirugía bariátrica de revisión (CBR). Nuestro objetivo es revisar los resultados de los pacientes intervenidos en nuestro centro para optimizar la elección de la técnica quirúrgica.

Material y Métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de CBR en nuestro centro desde 2013-2020. Se analizó: sexo, edad, comorbilidades y evolución ponderal desde la primera cirugía hasta 3 años después de la CBR, tipo de cirugía primaria, motivo de conversión, tipo de CBR realizada, complicaciones de ésta y tiempo transcurrido entre ambas cirugías. Se realizó estudio comparativo de los resultados según la CBR realizada.

Resultados: Se obtuvieron 57 pacientes con edad media 51 años, 76% mujeres con IMC inicial medio 52.55 kg/m² y de 41.49 Kg/m² preCBR. Se determinaron las comorbilidades previas a la cirugía primaria, previas a la CBR y a los 2 años posteriores a ésta, siendo respectivamente: DM2 (29.8%, 7% y 3.5%), HTA (47.4%, 30% y 12.3%), dislipemia (22.8%, 12.5% y 5.3%), SAOS (31.6%, 18% y 5.3%) y artropatía (33.3%, 19% y 15.8%). Las cirugías primarias fueron: Gastrectomía vertical laparoscópica (SG) 85,9% - en el 10,5% se realizó concomitantemente reducción de hernia de hiato con cierre de pilares diafragmáticos -, Lapband 7% (LB) y Bypass Gástrico 5.3% (BP). El tiempo medio entre la cirugía primaria y la CBR fue de 5 meses a 256 meses.

El motivo de revisión hallado fue en algunos casos por 2 indicaciones concomitantes, se determinó reflujo gastroesofágico en 30,9% de los casos, mala evolución ponderal con recuperación o pérdida insuficiente de peso en el 87,3% e intolerancia oral por alteración anatómica (angulación o volvulación gástricas) en 9,3%.

La CBR más común fue el BP (75%), seguido por la técnica de Scopinaro (25%). El IMC inicial era equiparable entre los dos grupos, aunque el IMC después de la CBR fue menor en el grupo Scopinaro, siendo estadísticamente significativo a los 3 años postoperatorios (p 0.002). Las complicaciones postoperatorias en el grupo Scopinaro fueron desnutrición energético-proteica y reintervención por hernia interna, mientras que en el BP la hemorragia digestiva alta fue la complicación más común con necesidad de reintervención de un paciente.

Conclusiones: Nuestra experiencia en casos bariátricos de revisión nos ha demostrado que BP se ha convertido en una alternativa potencial y atractiva para CBR, sobretodo en el manejo de ERGE y de la estenosis de la sleeve, con un riesgo mínimo de trastornos nutricionales y metabólicos. Sin embargo, cuando el motivo de conversión es estrictamente ponderal deberíamos plantear una técnica malabsortiva como la técnica de Scopinaro, ya que de acuerdo con nuestros resultados ésta ha demostrado ser estadísticamente más eficaz en la pérdida de peso a los 3 años. Consideramos esencial el estudio individual de cada paciente intervenido de CBR, adecuando la elección de la técnica quirúrgica según la causa principal que motiva la indicación.

0-32

Complicaciones en cirugía bariátrica de revisión en un centro de preferencia

Carlos Felipe Campo Betancourth, Silvia Sevilla Micó, Sergio Ortiz Sebastián, Jose Luis Estrada Caballero, Félix Lluís.
Hospital General Universitario, Alicante.

La reintervención por reganancia de peso o por complicación de la técnica en un paciente con antecedente de cirugía bariátrica es conocida como cirugía de revisión. Según la literatura, esta cirugía de revisión se asocia a una mayor morbilidad postoperatoria.

Objetivo: Identificar y caracterizar las complicaciones precoces de la cirugía de revisión en un centro de referencia para cirugía bariátrica.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se analiza las complicaciones precoces de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica de revisión en el periodo comprendido entre los años 2008 a 2020.

Resultados: De un total de 970 procedimientos bariátricos, 72 (7,4%) fueron cirugía de revisión, en su mayoría mujeres (76%) y con una mediana de edad de 51 años. Una tercera parte de los pacientes (31,9%) fueron remitidos desde otro centro. La cirugía de revisión se hizo por vía laparoscópica en el 93% de los casos. Las cirugías previas más comunes fueron la gastrectomía vertical (n=45), la banda gástrica (n=13) y el bypass gástrico (n=8). La causa más frecuente de revisión fue la reganancia ponderal (60%). De los 28 pacientes revisados por complicación de la técnica, destacan las complicaciones asociadas a la banda (n=11) y el reflujo gastro-esofágico (n=8) tras gastrectomía vertical. La cirugía de revisión más comúnmente utilizada fue el bypass gástrico (62,5%), seguida de la retirada de banda (12,5%) y de la distalización del bypass gástrico (5,6%). La tasa global de complicaciones en los primeros 30 días postoperatorios fue 25%, de las cuales 68% fueron menores (Clavien-Dindo \leq IIIA), el 32% restante mayores y requirieron algún tipo de intervención (Clavien-Dindo \geq IIIB). No hubo mortalidad precoz en la serie. La mediana de estancia hospitalaria de nuestros pacientes fue de cuatro días.

Conclusiones: La cirugía bariátrica de revisión es un procedimiento seguro que puede ser realizado por vía laparoscópica en un alto porcentaje de pacientes. La técnica de revisión más frecuente en nuestra serie fue el bypass gástrico, un dato que coincide con la literatura. La cirugía de revisión que se realiza en un centro de referencia puede manejarse con baja estancia hospitalaria y baja prevalencia de complicaciones graves, unas cifras similares a la cirugía primaria.

0-33

Cirugía de revisión tras el uso de banda gástrica ajustable. Experiencia en nuestro centro

Alberto José Pagán Pomar, Alexandro Bianchi, Jose Antonio Martinez Corcoles, Natalia Pujol Cano, Xavier Gonzalez Argente, Ester Ferrer Inaebnit.
Hospital UNIVERSITARIO SON ESPASES, Palma de Mallorca.

Objetivos: La banda gástrica ajustable (BGA) por abordaje laparoscópico ha tenido una amplia aceptación por su simplicidad técnica. Nuestro objetivo es valorar a largo plazo las consecuencias de su implantación y la cirugía de revisión realizada.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional en el que se incluyeron un total de 30 pacientes para retirada de BGA. Se analizaron variables demográficas, IMC preoperatorio, indicación para nueva cirugía y técnica realizada durante la revisión, morbimortalidad en postoperatorio inmediatas y seguimiento a largo plazo con el IMC resultante.

Resultados: La edad media fue de $41,3 \pm 7$ años, 27 mujeres y 3 varones. El IMC preoperatorio medio fue $41,3 \pm 7,1$ Kg/m². El tiempo medio transcurrido entre la colocación de la banda y la cirugía de revisión fue de $14 \pm 5,2$ años.

La principal indicación de revisión fue la reganancia ponderal en 23 casos (76,6%). Los otros dos motivos fueron el deslizamiento en 4 (13,3%) pacientes y la erosión gástrica en otros 2 (6,6%) debutando uno de los dos casos con hemorragia digestiva alta.

El procedimiento bariátrico elegido tras retirada de la banda fue la gastrectomía vertical (GV) en 15 pacientes (50%), el bypass gástrico (BGYR) en 9 pacientes (30 %) y la derivación biliopancreática (DBP) en 4 pacientes (13,3%), recolocación de banda gástrica en 1 paciente (10 %) y retirada de la banda sin procedimiento asociado en el paciente con HDA (10 %).

Se realizó abordaje laparoscópico en 26 pacientes (86,6 %) con 2 conversiones a cirugía abierta (6,6%) y 2 pacientes se planearon por abordaje laparotómico (6,6%).

Se realizó el procedimiento en un tiempo (retirada de la banda y procedimiento bariátrico asociado) en 28 casos (93,3%). La cirugía en dos tiempos se realizó en los siguientes 2 pacientes: dos pacientes con inclusión asintomática de la banda a la que se le realizó en un primer tiempo extracción de la BG y posteriormente en un caso BGYRL y en otro DBP.

El tiempo medio de seguimiento fue de $32 \pm 17,3$ meses. La tasa de morbilidad precoz fue de 3,3%: 1 paciente intervenido a GVL que presentó hemorragia digestiva que se manejó de forma conservadora (Clavien-Dindo II) que precisó transfusión de hemoderivados. Un paciente (3,3%) intervenido de BGYR presentó como complicación tardía una eventración de la incisión supraumbilical que posteriormente requirió intervención quirúrgica (Clavien-Dindo IIIb).

El IMC medio global al final del seguimiento fue $30,5 \pm 8,4$ kg/m² y el % de sobrepeso perdido de $72,9 \pm 23,4$.

Conclusiones: La BGA es un procedimiento seguro y por esta razón, al menos en nuestro medio, ha sido utilizado en el ambiente privado. La mayoría de estudios concluyen que la reganancia de peso largo plazo es frecuente siendo nuestra indicación más habitual para la revisión. Aunque el BGYRL es el gold standard en la cirugía de revisión, en nuestra serie, hemos utilizado distintos procedimientos manteniendo buenos resultados de pérdida de peso.

0-34

SADI-S como técnica alternativa tras fracaso de la cirugía bariátrica primaria. Estudio descriptivo

Clara Pañella Vilamú, Sara Picazo, Leyre López Antoñanzas, Carlos Sáez, Carmen Hernández, Esther García Martín-Almenta, Esteban Martín Antona, Miguel Ángel Rubio, Andrés Sánchez Pernaute, Antonio José Torres García. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: La técnica single anastomosis duodenoileal bypass-Sleeve (SADI-S) se ha establecido como cirugía primaria para la obesidad mórbida por sus buenos resultados en pérdida de peso y resolución de las comorbilidades a largo plazo. No obstante, queda por determinar su papel como técnica revisional. El objetivo principal es realizar un análisis descriptivo preliminar del SADI-S como técnica secundaria ante el fracaso por reganancia ponderal o complicaciones derivadas de la primera cirugía.

Material y Métodos: Análisis descriptivo de 11 casos intervenidos de gastroplastia vertical anillada (GVA) y bypass gástrico (BPG) en el periodo de 1993-2013, reintervenidos para cirugía de conversión a SADI-S desde 2009-2021.

Resultados: Se han analizado un total de 11 pacientes (90,9% mujeres) con una edad mediana de 42(23-50) años. Las comorbilidades observadas previas a la primera cirugía bariátrica eran: el 27,3% de hipertensión arterial, el 27,3% tenían glucemia alterada y el 18,2% tenían SAHS. Del total de pacientes estudiados, 5 fueron intervenidos de GVA (45,5%) y 6 de BPG (54,5%). El IMC mediano previo a la técnica primaria fue 45 (38-81)Kg/m². En el seguimiento tras la primera intervención, el IMC mínimo mediano fue 29,5(19,9-35,2)Kg/m². El motivo principal de conversión a SADI-S fue la reganancia ponderal (90,9%). En el 81,8% de los casos se realizó un SADI-S a 250cm de la válvula ileocecal y el 63,6% se realizó la gastrectomía vertical en un mismo tiempo quirúrgico. La anastomosis duodeno-ileal fue manual en la mayoría de los casos (81,8%). El abordaje en el 63,6% de los casos fue laparoscópico. Con el objetivo de simplificar la técnica de conversión de BPG a SADI-S, en el 83,3% de los casos se resecó el asa alimentaria y, de esa manera, disminuir el número de anastomosis totales.

El IMC mediano preSADI-S fue de 36,9(24,7-47,7)Kg/m², consiguiendo un descenso significativo de IMC a los 12 y 24 meses de 29,6(21-40,2) y 28,8(19,7-40,2)Kg/m², respectivamente (p=0,025). La incidencia global de complicaciones a los 30 días de la cirugía fue de 27,3%, grado I/II de la clasificación Clavien-Dindo. No hubo diferencias significativas entre número de complicaciones postoperatorias, clasificación de Clavien-Dindo, reintervención o el IMC postoperatorio a los 12 y 24 meses en relación a la conversión de la técnica primaria a SADI-S, en 1 o 2 tiempos. Solamente, hubo significación estadística en los días de ingreso, siendo más prolongado en los casos que se hizo la gastrectomía en el mismo acto quirúrgico, 7(5-37) vs 4(3-6) días, p=0,033.

Conclusiones: El SADI-S revisional no conllevó mortalidad ni reintervención. Además, consiguió un descenso de IMC significativo a los 2 años de seguimiento. Realizar la gastrectomía vertical en el mismo acto quirúrgico conlleva solamente un aumento significativo de la estancia hospitalaria. No obstante, creemos que el SADI-S en dos tiempos, permitiría realizar primero una anastomosis duodeno-ileal con seguridad sobre tejido virgen y, en un segundo tiempo, si fuera necesario, la gastrectomía vertical. En definitiva, el SADI-S como técnica de revisión es segura, pero es necesario una muestra estudio mayor y un seguimiento a largo plazo para poder confirmar dichos resultados.

0-35

Composición corporal y cambios metabólicos tras cirugía bariátrica durante el primer año de seguimiento

Beatriz Guil Ortiz, Iván Jesús Arteaga González, Ángel Carrillo Pallarés.
Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue evaluar la composición corporal y los cambios metabólicos que acontecen durante el primer año después de realizar un procedimiento de cirugía bariátrica. Y comparar los valores predictivos del porcentaje de grasa corporal (PBF) y el índice de masa corporal (IMC) especialmente cuando PBF e IMC son conflictivos.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo observacional donde se evaluaron 58 pacientes con obesidad (13 hombres y 45 mujeres, rango de edad: 22-65 años) reclutados de diciembre 2016 a febrero 2020 en el Clínica de Obesidad Tenerife, se incluyeron la recopilación de datos dentro de 1 semana antes de la operación y 1, 3, 6 y 12 meses después de la operación, completando el seguimiento de 12 meses sólo 24 pacientes. Las variables medidas en este estudio incluyeron peso, índice de masa corporal (IMC), masa corporal magra (LBM), masa grasa (FM), porcentaje de grasa corporal (PBF), tasa metabólica basal (TMB), relación cintura cadera y nivel de grasa visceral.

Resultados: Análisis de varianza (ANOVA) utilizando el modelo lineal general indicó pérdidas significativas ($P < 0,05$) para IMC, LBM, FM, PBF, TMB para el primer mes postoperatorio. Se observaron pérdidas significativas en LBM en todos los períodos de tiempo, excepto a los 12 meses, donde no fue significativo. Se observó una disminución significativa ($P < 0,05$) en TMB (1646 vs 1520) sólo desde antes de la cirugía hasta 1 mes después de la cirugía. A partir de entonces, no hubo cambios significativos en la TMB.

Conclusiones: La cirugía bariátrica presenta unos resultados positivos durante el período de seguimiento de 12 meses, con descenso de IMC de 40 a 26,6; pérdida de FM de 52,9 kg a 23,6 Kg (46,8% a 31,3%) y pérdida de LBM de 33,2 a 27,2 kg. La pérdida de kcal en BMR (1646 a 1446), aunque significativa, no fue mayor de lo que se predeciría a partir de la pérdida de LBM. Existe una reducción marcada de la grasa visceral de 19,38 a 10,17.

0-36

Marcadores de fibrosis en la enfermedad hepática grasa no alcohólica secundaria a obesidad mórbida: ¿Podrán sustituir a la biopsia hepática durante cirugía bariátrica?

Alberto García Picazo, Francisco Javier Lirola Sánchez, Cristina Martín-Arriscado, Pilar Gómez Rodríguez, Elias Rodríguez Cuéllar, María Cámara Jurado, Rosa González Martín, Inmaculada Fernández Vázquez, Felipe De La Cruz Vigo, Mercedes Pérez Carreras.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: La enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) afecta al 90% de sujetos con obesidad mórbida (OM), asociándose lesiones de esteatohepatitis en el 25-55% y fibrosis avanzada en el 2-12% de los casos. Por ello se realiza biopsia hepática de forma sistemática durante la cirugía bariátrica. En la actualidad disponemos de escasa información sobre la aplicabilidad de los marcadores serológicos (MSF) y de otros indicadores no invasivos de fibrosis en sujetos con EHGNA y OM, que podrían sustituir la necesidad de realización de la biopsia hepática intraoperatoria. Nuestro objetivo es identificar factores clínicos, analíticos e histológicos asociados a fibrosis hepática y analizar la utilidad de los MSF en pacientes con EHGNA y OM sometidos a cirugía bariátrica.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con OM intervenidos de cirugía bariátrica durante 2016-2020 en la que se realiza biopsia hepática, siendo diagnóstica de EHGNA. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, metabólicas, analíticas e histológicas (clasificación SAF). Los MSF empleados fueron NFS, FIB-4 y APRI. Los pacientes fueron categorizados en distintos grupos en función de la ausencia o presencia de fibrosis (F0 vs. F1-F4) y gravedad de la misma (leve-significativa F1-F2 o avanzada F3-F4). Las variables se analizaron mediante el programa informático SAS versión 9.4, estableciendo los resultados estadísticamente significativos si la $p < 0,05$.

Resultados: Se recogieron 227 pacientes con EHGNA sometidos a cirugía bariátrica, el Bypass gástrico en Y de Roux fue la técnica quirúrgica más empleada (73%), la gastrectomía vertical la segunda (26%). El 65% de pacientes con OM presentaba lesiones de esteatohepatitis y hasta un 44% fibrosis, que se distribuía el 56% en F0 y el 44% en F1-4 (F0 74%, F2 10%, F3 11% y 5 F4 5%). Aunque en la mayoría de los casos la fibrosis era leve, en un 25% fue significativa y en el 16% avanzada. Los factores de riesgo del desarrollo de la misma eran la edad ($p < 0,05$), factores metabólicos (HTA, diabetes/prediabetes, HOMA, síndrome metabólico todo ellos con $p < 0,05$), el aumento de transaminasas preoperatorias ($p < 0,05$) y la presencia de esteatosis moderada-grave histológica y la esteatohepatitis. El MSF con mayor sensibilidad y especificidad para identificar la fibrosis en los sujetos con OM sometidos a cirugía bariátrica fue el APRI ($p < 0,05$).

Conclusiones: El cálculo del MSF APRI, junto con la edad, los factores metabólicos y el aumento de transaminasas, podrían ayudar a seleccionar a los pacientes con OB que requieren biopsia hepática durante la cirugía bariátrica.

0-37

Análisis de la pérdida ponderal de peso y cambios en la composición corporal tras cirugía bariátrica. Estudio comparativo entre bypass gástrico laparoscópico y gastrectomía tubular

Ana Almeida, Patricia Ahechu, Sara Esteban, Juan Lujan, Daniel Aliseda, Camilo Silva, Gema Frühbeck, María Molina, Fernando Rotellar, Victor Valentí. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Objetivo: Valoración de la pérdida ponderal y de los cambios en la composición corporal al año de la cirugía bariátrica en pacientes sometidos a Bypass gástrico (BPG) y gastrectomía tubular (GT).

Métodos: Estudio retrospectivo transversal realizado en Centro de Excelencia Europeo en Cirugía Bariátrica y Metabólica. Seguimiento de 961 pacientes, 162 operados de GT y 769 de BGT entre los años 2000 y 2019. Se obtuvo información de parámetros corporales (índice cintura cadera (ICC), índice de masa corporal (IMC) % masa grasa (%MG), % masa libre de grasa (%MLG) mediante bioimpedanciometría (Bod-Pod®) repitiendo las mediciones al 1, 6 y 12 meses tras la intervención. La valoración de la pérdida ponderal se basó en el uso de los siguientes indicadores: porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) y % de peso total perdido (%PTP).

Resultados: En nuestro estudio se produce un descenso similar en ambas técnicas (BPG y GT) del %MG medio desde $51,2 \pm 6,8\%$ y $52,9 \pm 6,8\%$ hasta el $35,4 \pm 9,6\%$ y $33,6 \pm 9,0$ respectivamente. Esto mismo ocurre al utilizar un modelo bicompartimental en el que se observa un incremento gradual del %MLG desde un $48,5 \pm 6,9\%$ hasta un $66 \pm 9,1\%$ de media en el final del seguimiento, no encontrándose diferencias significativas entre ambas técnicas. En los seis primeros meses se aprecia un descenso del ICC medio de hasta 0,87 en la GT y 0,89 en el BPG con respecto al valor basal de 0,93 y 0,94 respectivamente, manteniéndose estable posteriormente hasta los 12 meses. En términos de pérdida ponderal, la GT se muestra muy efectiva durante todo el periodo de seguimiento alcanzando un valor medio máximo de PSP del 70,6% y 77,6% a los seis y 12 meses. En comparación, los sujetos sometidos a BPG presentaron un PSP inferior, de 60,9% y 72,6% a los seis y doce meses. Sin embargo el %PTP en ambas técnicas fue similar durante todo el periodo. De forma paralela, partiendo de un valor de IMC basal mayor en la GT, se objetiva un IMC medio final similar en ambas técnicas quirúrgicas ($p=0,576$).

Conclusiones: La cirugía bariátrica produce una pérdida ponderal efectiva y un cambio significativo en la composición corporal del paciente. Cuando se comparan ambas técnicas se aprecia un descenso similar de los parámetros corporales. Este comportamiento es diferente cuando se valora el PSP durante el periodo de seguimiento, siendo el porcentaje menor en los pacientes intervenidos de BPG.

0-38

Análisis de resultados a largo plazo entre SADI-S y derivación biliopancreática con o sin cruce duodenal

Carlos Sáez-Rodríguez, Leyre López Antoñanzas, Sara Picazo Marín, Vanesa Catalán Garza, Clara Pañella Villamú, Bibiana Lasses Martínez, Elia Pérez Aguirre, Miguel Ángel Rubio Herrera, Andrés Sanchez-Pernaute, Antonio José Torres García.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La derivación biliopancreática (DBP) tradicionalmente ha ofrecido muy buenos resultados ponderales y metabólicos, sin embargo puede presentar consecuencias importantes tales como el deterioro de la calidad de vida del paciente debido principalmente a la malabsorción. SADI-S (Single Anastomosis Duodeno-Ileal with Sleeve gastrectomy) puede ser comparable en cuanto a resultados a largo plazo y calidad de vida con una menor tasa de complicaciones.

Objetivo: Comparar SADI-S con DBP con o sin cruce duodenal (CD) y evaluar la pérdida de peso, los resultados nutricionales y la tasa de complicaciones a largo plazo.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de cohortes históricas recogidas prospectivamente y pareadas por puntaje de propensión, una cohorte de pacientes operados de SADI-S y otra cohorte de DBP. Todos los pacientes fueron intervenidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico San Carlos, Madrid. El seguimiento completo fue de 5 años.

Resultados: Se incluyeron 99 pacientes en el estudio, 49 fueron operados mediante SADI-S (Cohorte A) y 50 mediante DBP con o sin CD. (Cohorte B). La edad media de la serie fue de 44,8 años, con un IMC medio de 48,3 kg/m². Complicaciones postoperatorias en la cohorte SADI-S ocurrieron en 3 (6,1%) pacientes, todas ellas grado II según la clasificación de Clavien-Dindo y 1 (2%) de tipo IIIb para DBP. La estancia hospitalaria media fue de 5,9 días para la cohorte A y de 12,1 días para la cohorte B. La longitud del canal común en el grupo SADI-S fue de 250 cm, mientras que en grupo DBP la mediana de asa común fue de 50 cm. Tras 5 años, el IMC de la cohorte SADI-S era de 29,0 kg/m², mientras que en la cohorte B era de 31,2 kg/m² (p= 0,058). El EWL% a los 5 años fue del 85,3% para SADI-S y del 71,3% en BPD (p=0,008). El TWL% a los 5 años entre ambas técnicas no mostró diferencias significativas (39,2% vs 34,2%, p=0,061). El número medio de deposiciones diarias a los 5 años en la cohorte SADI-S fue de 2, mientras que en la BPD fue de 3,5 (p<0,001). Los triglicéridos fueron significativamente menores en el SADI-S en comparación con la DBP (78,9 frente a 96,8 p=0,040). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de vitamina D (p=0,036) y oligoelementos como el selenio y el cobre en ambas cohortes (p=0,024 p<0,001) para SADI-S. No hubo diferencias entre los valores de calcio, hierro y vitaminas A, E y B12. 8 (16,3%) pacientes consultaron a urgencias y 7 (14%) pacientes requirieron ingreso hospitalario durante los 5 años de seguimiento en el grupo de pacientes sometidos a SADI-S (Cohorte A). La tasa de reingreso en la cohorte B fue del 50% (25 pacientes).

Conclusión: SADI-S se considera una alternativa quirúrgica válida para el tratamiento de la obesidad proporcionando una pérdida de peso mantenida significativamente superior a la de la DBP sin empeoramiento de los parámetros nutricionales a los 5 años y con una menor tasa de reingresos hospitalarios durante el seguimiento.

0-39

Análisis de la morbilidad postoperatoria en pacientes intervenidos de gastrectomía vertical con cirrosis hepática concomitante

Carlos Felipe Campo Betancourth¹, Sergio Ortiz Sebastián¹, José Luis Estrada Caballero¹, Ernesto Barzola², Celia Villodre Tudela¹, Esther Gracia Alegría¹, Emilio Ruiz De La Cuesta García-Tapia¹, Silvia Carbonell Morote¹, Clara Llopis Torremocha¹, José Manuel Ramia Ángel¹.

¹Hospital General Universitario, Alicante

²Hospital Marina Baixa de Villajoyosa, Villajoyosa

Introducción: La obesidad mórbida se asocia casi siempre (90%) a la esteatosis hepática no alcohólica (NAFLD), aproximadamente la mitad de estos pacientes pueden desarrollar esteatohepatitis no alcohólica (NASH) y degenerar en cirrosis. Los pacientes cirróticos intervenidos de cirugía bariátrica presentan mayores complicaciones postoperatorias, más asociadas a técnicas derivativas como el bypass gástrico (BPG) o la derivación biliopancreática.

Objetivo: Analizar la morbilidad postoperatoria en pacientes intervenidos de gastrectomía vertical (GV) y cirrosis hepática concomitante en un centro de referencia para cirugía bariátrica.

Materiales y Métodos: estudio unicéntrico, observacional, de cohortes, retrospectivo. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años, intervenidos de GV, desde enero/2008 hasta marzo/2021. Se realizó un análisis descriptivo clínico-demográfico de los pacientes. Se evaluó la asociación entre la presencia de cirrosis hepática y la edad, comorbilidad, IMC, sexo, frecuencia y gravedad de las complicaciones precoces postoperatorias, estancia hospitalaria, mortalidad y reingresos. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Incluimos un total de 345 pacientes. Doscientos veintiséis (65.5%) fueron mujeres. La mediana de edad fue de 49 años (RIQ:39-58), con un IMC de 53,1kg/m²(RIQ:46-60.6). Del total de pacientes, 13(3.76%) eran cirróticos, 7(53.8%) hombres y 6(46.4%) mujeres. Estos pacientes eran de mayor edad que los no cirróticos, aunque sin alcanzar la significación, 57a(RIQ:49-59) vs 49a(RIQ:39-57), $p=0.072$. No hubo diferencias con respecto a las comorbilidades asociadas. El IMC en cirróticos fue de 49.6kg/m²(RIQ:48.5-53.4) vs 53.3 kg/m²(RIQ 46.1-60.8) en no cirróticos, $p=0.316$, y el peso inicial 136kg(RIQ:122-157) cirróticos vs 142kg(RIQ:120-167) no cirróticos, $p=0.407$. La mayoría 11(84,6%) se diagnosticaron de forma intraoperatoria, sólo 2(15.4%) tenían diagnóstico ecográfico de cirrosis. Se tomaron biopsias intraoperatorias en 7(53.9%) pacientes con diagnóstico laparoscópico dudoso, confirmándose la presencia de cirrosis, 1(7.7%) actividad leve, 6(46.2%) cirrosis inactiva. Se clasificaron a 11(84.6%) como CHILD-A y a 2(15.4%) CHILD-B. La causa más común de cirrosis fue la NASH en 8(61.5%) pacientes, seguida de la enólica 3(23.1%) y otras causas 2(15.4%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia global de las complicaciones postquirúrgicas precoces (<30 días), 3(23.1%) cirróticos vs 43(13.9%) no cirróticos, $p=0.350$; en las complicaciones tardías (>30 días), 3(23.1%) cirróticos vs 91(27.6%) no cirróticos, $p=0.721$; ni en la gravedad de estas (Clavien-Dindo \geq IIIB), 1(7.7%) en cirróticos vs 15(4.5%) en no cirróticos, $p=0.467$. Tampoco hubo diferencias en estancia hospitalaria, 4 días (RIQ:3-6) en cirróticos vs 4 días (RIQ:3-6) en no cirróticos, $p=0,745$. No hubo casos de mortalidad precoz en ninguno de los grupos. La cohorte de pacientes cirróticos presentó mayor cantidad de consultas a urgencias 2(15.4%) vs 21(6.3%), $p=0.212$, sin alcanzar la significación estadística. No hubo casos de reingresos (<30 días) en los pacientes cirróticos.

Conclusiones: La GV es un procedimiento seguro en los pacientes con cirrosis hepática. En nuestro centro nos decantamos por la GV por la evidencia de posibles complicaciones severas de las técnicas mixtas como el BPG o las malabsortivas. No observamos diferencias significativas en la estancia, mortalidad, frecuencia o gravedad de las complicaciones postquirúrgicas consideradas globalmente. Se observó una tendencia de mayor frecuencia de consultas a urgencias en los pacientes cirróticos, pero sin alcanzar la significación estadística

0-40

Comorbilidades, prevalencia y asociación con las complicaciones tras cirugía bariátrica

M^a Asunción Acosta Mérida¹, Raquel Bañolas Suárez¹, Joaquín Marchena Gómez¹, Pedro Saavedra², Raúl Medina Velázquez¹, Carlos Fernández Quesada¹, José Antonio Casimiro Pérez¹, José Silvestre Rodríguez¹, Luis Piñero González¹, M^a Mar Callejón Cara¹.

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria;

²Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Antecedentes y objetivo: La obesidad es un problema global de salud pública. Se asocia a numerosas patologías que reducen la esperanza y calidad de vida de los pacientes. La cirugía bariátrica es su mejor tratamiento. Analizaremos la presencia de comorbilidades asociadas a la obesidad en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica en nuestro medio, así como otras características generales y relacionadas con la intervención. Ello nos permitirá conocer el estado de comorbilidad previo a la cirugía, así como características que afectan al proceso quirúrgico, y plantear estrategias diferenciales adaptadas a nuestra población, respecto al manejo integral de los pacientes.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo sobre 208 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín entre 2013-2018. 191 cumplían criterios de inclusión. Las principales variables analizadas fueron comorbilidades, tratamiento farmacológico, características de la obesidad, pruebas complementarias, datos analíticos y de la intervención, y complicaciones postquirúrgicas. La obtención de datos se realizó mediante revisión de historias clínicas.

Resultados: La edad media fue $45,2 \pm 9,9$ años; 124 eran mujeres (64,9%) y 67 varones (35,1%). 168 pacientes (88%) tenían esteatosis hepática, 132 (69,5%) hipertensión, 105 (55%) dislipemia, 101 (52,9%) diabetes mellitus, 98 (51,3%) síndrome metabólico, 43 (22,5%) SAOS, 52 (28,1%) hernia de hiato, 23 (12,4%) ERGE, 42 (22,7%) hernia de hiato + ERGE, 45 (23,6%) ansiedad, 25 (13,1%) depresión, 48 (25,1%) artralgias y 25 (13,1%) tenían artrosis [Figura 1]. En 92 pacientes (48,2%) se realizó un bypass gástrico, en 85 (44,5%) una gastrectomía vertical y en 14 (7,3%) un bypass gástrico distal [Figura 2]. La incidencia global de complicaciones postoperatorias fue del 14,7%. Encontramos una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,025$) en el número de comorbilidades que presentaron los pacientes que se complicaron con una mediana de 7 RI (4-8) y los que no lo hicieron con una mediana de 6 (4-7) [Tabla 1]. Asimismo hallamos una asociación ($p=0,005$) entre el número de comorbilidades y la gravedad de las complicaciones expresada mediante la clasificación Clavien-Dindo [Tabla 2] con un coeficiente de correlación (rho de Spearman) de 0,202 [Figura 3]. No hubo mortalidad.

Conclusiones: Nuestra población presenta un elevado porcentaje de comorbilidad previa a la cirugía, especialmente esteatosis hepática, hipertensión y dislipemia. En concreto, la diabetes muestra una prevalencia particularmente alta. Un mayor número de comorbilidades asocia más riesgo de presentar complicaciones postquirúrgicas y de que éstas sean de mayor gravedad. Se deben plantear estrategias selectivas para el manejo de estos pacientes, tanto en la optimización preoperatoria como en la agilización de los tiempos de lista de espera quirúrgica.

Comunicación:

“COMORBILIDADES, PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN CON LAS COMPLICACIONES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA”

(Tablas y figuras)

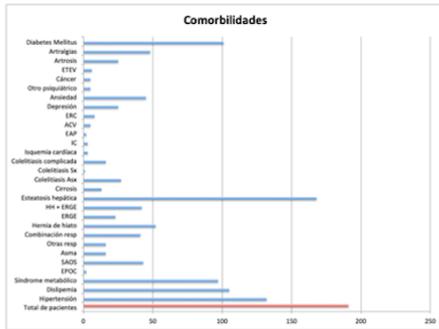


Figura 1. Frecuencia de comorbilidades

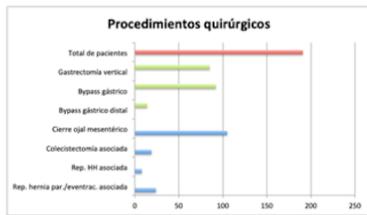


Figura 2. Frecuencia de procedimientos quirúrgicos realizados

	Complicaciones			P
	Total N = 191	No N = 163	Sí N = 28	
Número de comorbilidades	6 (4-7)	6 (4-7)	7 (4-8)	0,025

Los datos son medianas (RI).

Tabla 1. Distribución del Nº de comorbilidades en función de la presencia de complicaciones postoperatorias

Número de comorbilidades	Rho de Spearman	Clavien-Dindo
	0,202	0,005

Tabla 2. Matriz de correlación (Spearman)

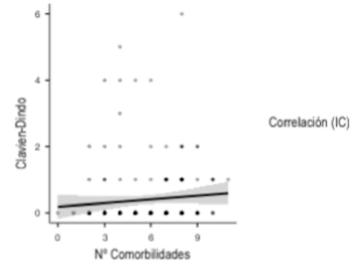


Figura 3. Relación entre Nº de comorbilidades y gravedad de complicación postoperatoria

O-41

Prevalencia y fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes candidatos a cirugía bariátrica

Esther Mans Muntwyler¹, Silvia Carrion Bolorino², Emma Sánchez Sáez², Laura Pulido Martínez¹, Lluís Mundet², Elisabet Palomera Fanegas¹, Xavier Suñol Sala², Pere Clavé Civit¹.

¹Consorti Sanitari del Maresme, Mataró;

²Hospital de Mataró, Mataró.

El objetivo del presente estudio es evaluar la prevalencia de enfermedad por reflujo gastro-esofágico (ERGE) y su fisiopatología en pacientes candidatos a cirugía bariátrica en función de los parámetros establecidos por el reciente Consenso de Lyon.

Material y métodos: Para la evaluación de los síntomas de ERGE se realizó el Carlsson-Dent Questionnaire (CDQ). A todos los pacientes se les realizó: una fibrogastroscoopia (FGS) para valorar la presencia de hernia de hiato (HH) y/o complicaciones secundarias al reflujo gastroesofágico, una ph-impedanciometría de 24 horas para el estudio del reflujo gastroesofágico y, una manometría de alta resolución (HRM) para la evaluación del esfínter esofágico inferior (EEI) y la motilidad esofágica.

Resultados: Cincuenta y un pacientes (66.7% mujeres), con una edad media de 50.4 (\pm 9.8) años y un IMC medio de 47.5 (\pm 6.4) kg/m² se incluyeron en el estudio entre octubre de 2015 y agosto de 2019. La prevalencia de ERGE fue del 29.4% (tiempo de exposición al ácido (AET) >6% o entre 4-6% junto con >80 episodios de reflujo y una impedancia basal nocturna media (MNBI) <2092ohm). La AET media global fue de 4.2%, un 11.6% para los pacientes con ERGE patológica y un 1.5% para los pacientes con ERGE fisiológica ($p=0.000$) con diferencias estadísticamente significativas en la MNBI (1635 vs 2666ohm, $p=0.035$), el número de episodios de reflujo (93.4 vs 47.1, $p=0.000$), la duración del episodio más largo (39.5 vs 6.6 min, $p=0.000$), la afectación proximal (17.4 vs 5.7%, $p=0.001$), el número de episodios ácidos (44.4 vs 11.6, $p=0.000$), el número de episodios líquidos (22.5 vs 10.9, $p=0.002$) y el número de episodios mixtos (62.7 vs 36.7, $p=0.004$), respectivamente. La clasificación de Chicago evidenció trastornos de la motilidad en 14 (27.4%) pacientes y la gastroscopia demostró esofagitis A-B en 3 (7.9%) pacientes, sin diferencias entre ambos grupos. Se encontraron diferencias significativas en la presencia de hernia de hiato (HH) diagnosticada por HRM, que fue mayor en pacientes con ERGE patológica (27.3 vs 3.0% tipo II y 27.3 vs.18.2% tipo III $p=0.031$).

Conclusión: Los pacientes con OM tienen una alta prevalencia de ERGE así como de alteraciones motoras esofágicas. La ERGE parece estar relacionada con la presencia de HH, pero también con un mayor número de episodios de reflujo (> 80) y un aclaramiento esofágico alterado con un MNBI bajo (<2092ohm) y una mayor afectación proximal de los episodios de reflujo.

0-42

Coledocolitiasis en pacientes con cirugía de bypass gástrico: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) asistida por laparoscopia en un hospital de 2º nivel

Alexander Osorio Ramos, Mercé Guell Farré, Lorena Sanchón, Claudio Guariglia, Sara Pardo, Roser Farré, Rafael Diaz, Raquel Sanchez, Cristina Soto, Pablo Collera.

ALTHAIA Xarxa Assistencial de Manresa - Fundació Privada, Manresa.

Objetivos: Presentamos 3 casos de paciente con antecedentes de By-pass gástrico que presentaron coledocolitiasis y a los que se realizó un abordaje de la vía biliar mediante CPRE asistida por laparoscopia como una opción terapéutica, intervención realizada en un centro de 2do nivel en Barcelona España.

Material y métodos: Existe un riesgo del 0,2% al 5,3% de coledocolitiasis después de una cirugía bariátrica y la CPRE puede ser necesaria en pacientes con bypass gástrico, pero el acceso al conducto biliar es un desafío debido a la distancia que debe cubrir el endoscopio para abordarla.

Las opciones de intervención y acceso al árbol biliar incluyen la exploración laparoscópica o abierta del colédoco, instrumentación y abordaje transhepático percutáneo, CPRE transgástrica o transentérica asistida por laparoscopia y CPRE con endoscopios especiales.

El abordaje transgástrico tiene una tasa de éxito del 98% y permite el acceso anterógrado directo a la vía biliar, sin embargo, requiere que la CPRE se realice en decúbito supino, lo que puede conllevar un desafío para el endoscopista.

La recomendación es un manejo coordinado y oportuno entre cirujanos, gastroenterólogos, y radiólogos intervencionista.

La experiencia disponible en cada centro y las características del paciente son los factores principales que deben guiar el enfoque del tratamiento.

Resultados:

Paciente 1

Mujer de 58 años con antecedente de bypass gástrico en 2013, ingresó por dolor abdominal epigástrico y colestasis. En la ecografía se evidencia dilatación de la vía biliar intrahepática y en Colangio Resonancia magnética (RM): colelitiasis y coledocolitiasis

Paciente 2

Mujer de 48 años, bypass gástrico realizado en 2015, ingresó por cólico hepático, analítica sanguínea normal, ecografía y resonancia magnética evidencia colelitiasis y dilatación de colédoco hasta nivel distal sin visualizar la causa.

Paciente 3

Mujer de 52 años, se le realizó bypass gástrico el 13/03/2020, ingresó por pancreatitis litiasica. En ecografía y RM se evidencia carril de litiasis a nivel del colédoco distal, sin dilatación de la vía biliar.

En los 3 casos se realizó CPRE transgástrica + colecistectomía laparoscópica, sin complicaciones intraoperatorias, fueron dados de alta a los 3-4 días.

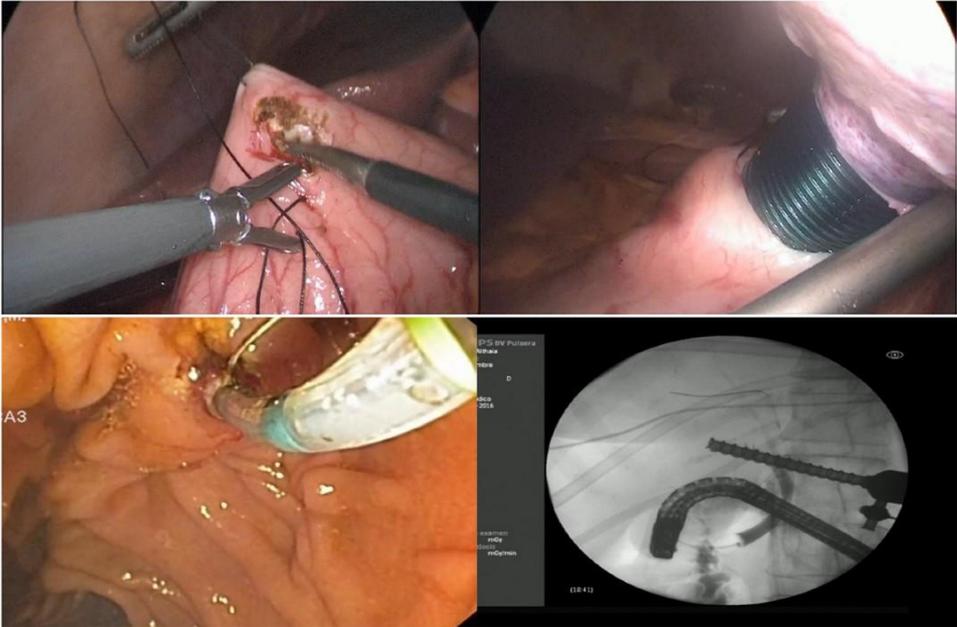
Conclusiones:

La coledocolitiasis en paciente con antecedente de cirugía bariátrica es una entidad poco prevalente.

La evidencia que se ha publicado es con series cortas.

La opción quirúrgica permite que en el mismo procedimiento se pueda realizar una colecistectomía.

Para realizar una CPRE transgástrica asistida por laparoscopia el equipo e instrumental son accesibles en la mayoría de centros y son necesarias habilidades laparoscópicas estándar.



0-43

Cirugía simultánea vs diferida de la hernia de hiato en pacientes sometidos a cirugía bariátrica

Maria Lapeña Rodríguez, Gabriel Kraus Fischer, Norberto Cassinello Fernández, Raquel Alfonso Ballester, Joaquín Ortega Serrano.
Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: La obesidad mórbida puede ser un factor predisponente para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)/ hernia de hiato (HH). La realización de un procedimiento bariátrico asociado a la reparación de la hernia de hiato sigue siendo un tema controvertido. En otras ocasiones, este RGE/HH puede aparecer durante el seguimiento del paciente bariátrico, siendo necesaria su reparación quirúrgica al asociar habitualmente algún tipo de sintomatología.

Objetivo: Valorar si la reparación simultánea de la HH mediante hiatoplastia durante la cirugía bariátrica es efectiva y segura, y compararla con la reparación en un segundo tiempo.

Material y Métodos: Análisis observacional retrospectivo en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica por vía laparoscópica en nuestro centro, a los cuales se les ha realizado reparación de la hernia de hiato, simultánea o en un segundo tiempo, durante el periodo comprendido entre 2013 y 2019. Los parámetros estudiados fueron: clínica pre y postquirúrgica, exploraciones complementarias (TEGD, endoscopia), tipo de intervención bariátrica, tiempo quirúrgico, complicaciones, IMC pre y postoperatorio, recidiva (radiológica y/o endoscópica).

Resultados: De un total de 574 pacientes intervenidos, 14 pacientes cumplían los criterios de inclusión. La reparación se realizó de forma simultánea en 9 (64%); y en dos tiempos en 5 (36%), asociado o no a revisión de la técnica inicial. De los 9 pacientes con cirugía simultánea se realizó en 4 pacientes bypass gástrico en Y-de-Roux (BPGYR), en 3 bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA) y en 2 gastrectomía vertical (GV). En el grupo de cirugía en dos tiempos, la cirugía inicial fue BPGYR (2), GV (1) y 2 eran portadores de banda gástrica ajustable (BGA). En todos los casos se realizó cierre simple de pilares con sutura irreabsorbible.

El IMC medio en los pacientes de cirugía simultánea fue de 45,6 kg/m² (38.3-61.5); en los pacientes de cirugía en dos tiempos previo a la cirugía inicial era de 46,8 kg/m² (37.8-59.2) y previo a la cirugía de la HH 35.5 kg/m² (22.4-37.8), con un tiempo medio entre cirugías de 6.6 años (1-10). El tiempo medio quirúrgico fue de 174 minutos (130-215) en el primer grupo, y en el de la reparación diferida de 190 min (108-290). Dos pacientes del grupo de cirugía simultánea presentaron complicaciones durante el postoperatorio (una hemorragia digestiva alta y una dehiscencia de la sutura).

Con un seguimiento mínimo de un año (1-6), en el primer grupo 5 pacientes referían clínica de reflujo, epigastralgia o intolerancia, y tras la realización de TEGD o EDA 3/9 pacientes presentaban recidiva. En el grupo de cirugía en dos tiempos, ningún paciente presentó complicaciones postoperatorias ni recidiva.

Conclusiones: En nuestra serie, la hernia de hiato reparada simultáneamente a una cirugía bariátrica aumentó el tiempo operatorio, al igual que el riesgo de complicaciones postoperatorias y recidivas, por lo que su realización se indica de manera individualizada. La reparación del hiato gastroesofágico en pacientes sometidos a algún procedimiento bariátrico previo se realizó sin complicaciones, a expensas de un incremento en el tiempo quirúrgico.

0-44

Reflujo gastroesofágico tras Sleeve gástrico: utilidad del cuestionario GIQLI

Andrea Craus Miguel, Alejandro Gil Catalan, Ester Ferrer Inaebnit, Alessandro Bianchi, Jose Antononio Martinez Córcoles, Juan José Segura Sampedro, Laura Fernández Vega, Alberto Pagan Pomar, Francisco Javier González Argente.
Hospital UNIVERSITARIO SON ESPASES, Palma de Mallorca.

Introducción: La gastrectomía vertical se ha convertido en el procedimiento más realizado en cirugía bariátrica en la actualidad (1), debido a sus excelentes resultados, su menor índice de complicaciones y de déficits nutricionales (2,3). Aun así, la presencia de reflujo en estos pacientes puede suponer la conversión a Bypass gástrico que puede alcanzar hasta el 14% en algunas series (4). El objetivo de nuestro estudio es analizar el impacto sobre la calidad de vida a largo plazo de estos pacientes, centrándonos en los síntomas de reflujo.

Material y Métodos: Se incluyeron aquellos pacientes sometidos a gastrectomía vertical entre el 2010 y el 2016. Se realizó una encuesta telefónica basada en el cuestionario sobre calidad de vida gastrointestinal (GIQLI) centrándonos en los síntomas de reflujo.

Resultados: De la muestra inicial (42 pacientes) se analizaron finalmente 36 (1 exitus, 5 no localizados). La media de edad de los pacientes intervenidos fue de 46 años, siendo el 77% de ellos mujeres. El peso inicial era de media 123 Kg con IMC de 46. El peso en el momento de realizar la encuesta fue de media de 92 Kg, con un IMC DE 34. El 75% de los pacientes no precisaron más tratamientos tras la cirugía. A 4 pacientes (11%) se les realizó cirugía de revisión (Bypass gástrico) por reganancia de peso y clínica de reflujo y 5 pacientes (17%) continúan con tratamiento dietético en estos momentos. Sólo 3 pacientes presentaban dolor de manera habitual (1 paciente todo el tiempo y 2 casi todo el tiempo) mientras que la mayoría (55,6%) no tenían dolor nunca. En cuanto a la presencia de fuertes eructos, la mayoría de los pacientes contestaron que nunca los presentaban (55,6%), mientras que 7 pacientes describían tenerlo en algunas ocasiones, 1 paciente casi todo el tiempo y 3 pacientes todo el tiempo. A la pregunta sobre regurgitación alimentaria, 2 pacientes (5,6%) referían episodios algunas veces, 3 pacientes (8,3%) casi todo el tiempo y 10 pacientes (27,8%) algunas veces. El 58,3% de la muestra (21 pacientes) presentaban raramente o nunca estos episodios. El 55,6% de los pacientes no referían episodios de acidez. Del resto sólo 1 paciente presentaba acidez todo el tiempo, 4 pacientes (11%) casi todo el tiempo, 7 pacientes (19,4%) algunas veces y 4 pacientes (11%) raramente lo presentaban.

Conclusión: La gastrectomía vertical presenta buenos resultados en cuanto a pérdida de peso en nuestra muestra estudiada. La mayoría de nuestros pacientes no presentan ninguna complicación mayor a largo plazo por lo que podría considerarse una técnica eficaz y segura. Existe un porcentaje considerable que presentan síntomas menores, que pueden reducirse si se realiza un seguimiento adecuado que los detecte, donde el uso de cuestionarios sobre calidad de vida, como el GIQLI pueden ser de utilidad.

0-45

Complicaciones maternas y neonatales post gastrectomía en manga

Franco Signorini, Luciano Arocena, Belen Soria, Martin Andrada, Florencia Huais, Lucio Obeide, Federico Moser.

Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba.

Objetivo: Evaluar las mujeres embarazadas luego de la Gastrectomía en Manga Laparoscópica (GML) con respecto a complicaciones maternas y neonatales en relación al tiempo luego de la cirugía.

Métodos: Se realizó un estudio analítico descriptivo retrospectivo incluyendo mujeres en edad fértil sometidas a Gastrectomía en Manga (GML) entre 2006 y 2017 en el Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina. Se buscó comparar aquellos embarazos que se iniciaron antes del año con aquellos antes de los dos años desde la cirugía y su relación con el tiempo de gestación, peso medio del RN, obesos al final del embarazo, ganancia de peso y cesárea.

Resultados: Se analizaron 1216 cirugías, de las cuales 844 fueron en mujeres y 503 fueron en mujeres en edad reproductiva. Se registraron embarazos en 51 mujeres (10,1 % de embarazos). El peso medio del RN fue $2,984 \pm 0,421$ kg, la edad de gestación (EG) $37,49 \pm 2,2$ semanas. El porcentaje de pérdida de peso fue del 31,4 % en los pacientes luego de la cirugía hasta el inicio del embarazo. La edad materna promedio fue de $34 \pm 6,01$ años.

Los pacientes del Grupo A (menos de 1 año luego de la cirugía) tuvieron más nacimientos preterminos, menos RN con bajo peso, menos HTA materna, mayor porcentaje de cesáreas y un aumento de peso en la madre durante el embarazo menor que el Grupo B (más de un año luego de la cirugía). Esta diferencia solo fue significativa en el aumento de peso materno ($p=0,02$). Los pacientes del Grupo C (menores a 2 años luego de la cirugía) tuvieron más RN preterminos, menos RN con bajo peso, menor aumento de peso materno durante el embarazo, menor HTA materna y menor porcentaje de cesáreas comparado con el Grupo D (mayores a dos años luego de la cirugía). Las diferencias encontradas no fueron significativas.

Conclusión: El peso al nacer y tiempo de gestación son similares a la población general. Las complicaciones en el embarazo no se diferencian de la generalidad y no tendrían relación al tiempo transcurrido luego de la cirugía. Se registró una ganancia de peso más adecuada luego del primer año de la cirugía, que se mantiene a mayor tiempo luego de la cirugía.

0-46

Evolución a largo plazo en la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica comparando la técnica de BGLYR con BAGUA

Mireia Bauzá Collado, Raquel Alfonso, Rosa Martí, Norberto Cassinello, Joaquín Ortega Serrano.

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Objetivos: El bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux (BGLYR) es la técnica quirúrgica más extendida para el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Otras técnicas como el bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA), consiguen resultados similares al bypass.

El objetivo del estudio es evaluar si existen diferencias en cuanto a la calidad de vida, en sintomatología digestiva, en la capacidad para realizar actividad física y en la esfera psicosocial de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro según si la técnica realizada fue BGLYR o BAGUA. También se ha analizado la resolución de las comorbilidades asociadas a la obesidad tras la cirugía bariátrica a largo plazo según la técnica quirúrgica aplicada.

Material y métodos: Estudio prospectivo que incluye a 41 pacientes intervenidos desde febrero de 2018 a diciembre de 2019. Se establecen dos grupos de comparación según la técnica quirúrgica empleada; un grupo intervenido mediante BGLYR y otro grupo intervenido mediante BAGUA. Se utilizaron cuestionarios Moorehead-Arnett, BAROS y GIQLI. Para el análisis estadístico utilizamos la T de Student, el test de U de Mann-Whitney, test de Wilcoxon, test de Friedman, el test de McNemar, Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher.

Resultados: Los 41 pacientes intervenidos presentaron diferencias en los resultados preoperatorios y postoperatorios en cuanto a los cuestionarios de calidad de vida ($p < 0.05$ y $p < 0.05$) y en los resultados del cuestionario BAROS ($p < 0.05$).

No encontramos diferencias en cuanto a calidad de vida medida con los cuestionarios cuando comparamos entre el grupo de BGLYR y el grupo de BAGUA ($p = 0.526$, $p = 0.753$, $p = 0.990$).

Encontramos mejorías en la evolución de los síntomas digestivos ($p < 0.05$; $p < 0.05$ y $p = 0,003$), actividad física ($p < 0.05$) y dimensión psicosocial ($p < 0.05$) comparando los resultados previos a la cirugía con los resultados tras la cirugía.

Hallamos una mejoría tras la cirugía de las comorbilidades estudiadas: HTA, DM2, dislipemia y SAHS ($p < 0.05$). No encontramos diferencias entre la presencia de osteoartropatía preoperatoria y postoperatoria ($p = 0,344$).

No hubo diferencias en las comorbilidades al comparar entre el grupo de BGLYR y el grupo de BAGUA, sin embargo, sí encontramos mejoría de la diabetes y dislipemia ($p = 0,048$; $p = 0,014$) en el grupo de BGLYR frente al grupo de BAGUA.

La proporción de pacientes con trastorno ansioso-depresivo, es mayor en el grupo BAGUA (71.4%) respecto al grupo BGLYR (28.6%), observando diferencias entre los dos grupos ($p = 0,037$).

Conclusiones: La cirugía bariátrica consigue una mejora de la calidad de vida de los pacientes intervenidos sin diferencias significativas entre las técnicas de BGLYR y BAGUA. Los pacientes sometidos a cirugía de la obesidad presentan menor número de síntomas digestivos tras la cirugía y mayor capacidad para la actividad física a largo plazo. En la esfera psicosocial, mejoran notablemente a largo plazo. Las comorbilidades que acompañan a la obesidad se resuelven o mejoran en su mayoría tras la cirugía bariátrica.

0-47

Ecografía abdominal para el control de pacientes con balón intragástrico (BIG). Un protocolo eficaz y seguro

José Vicente Ferrer Valls, Víctor Fandos Martí, Ángel Sanahuja Santafé, Carla Cuevas Ortega, Álvaro Bernabeu Sanchís, Lis Zamora Cubas, Paula Patiño Díaz, Jose Andrés Mateo.

Clínica Obésitas, Valencia.

Introducción: El balón Intragástrico es un buen método de apoyo para la pérdida de peso, que puede utilizarse en pacientes con obesidad superior a 30 de IMC. Su uso más extendido es para la facilitar la pérdida de peso cuando han fracasado otro métodos y el paciente no tiene indicación de cirugía bariátrica, y para la preparación preoperatoria y mejoría de comorbilidades, especialmente metabólicas, antes de cualquier tipo de cirugía, Incluida la cirugía bariátrica.

La incorporación de la ecografía de protocolo en el control del BIG, ha surgido principalmente por dos motivos: 1- Por la llegada del balón ingerible y excretable, por la posible la incertidumbre de la expulsión del mismo. 2- Por los casos aparentemente más frecuentes de pérdida parcial del suero fisiológico o perforación del BIG.

Material y Método: Desde enero de 2018 a dic de 2019, hemos implantado un total de 78 BIG. 54 de ellos de silicona, 30 de 12 meses de duración y 24 de 6 meses de duración. 24 ingeribles y excretables. Los balones de silicona se han implantado y explantado, mediante endoscopia y sedación. Los balones ingeribles, mediante ingestión de la cápsula, muchas veces ayudados mediante guía metálica, y con control radiológico, y se han excretado de forma espontánea sobre las 16 semanas de la implantación.

Todos los pacientes recibían control mensual, clínico, ecográfico y recibían terapia nutricional y psicológica ajustada a protocolo y las características de cada paciente.

Resultados: El IMC medio inicial de los pacientes, era distinto según el tipo de balón implantado: BIG silicona 36.4 kg/m² y 32,4 kg/m² para los de 12 y 6 meses respectivamente. BIG ingerible y excretable 29,6 kg/m². EL IMC medio final fue: BIG silicona 31.8 kg/m² (- 4.6 puntos de IMC) y 28.6 kg/m² (-3.8 puntos de IMC) para los de 12 y 6 meses respectivamente. BIG ingerible y excretable 27.4 kg/m² (-2,3 puntos de IMC).

En ninguna de las ecografías se detecto un balón parcialmente deshinchado. En 16 pacientes, se corroboró el balón desplazado hacia mesogastrio, tal y como se detectaba en la palpación abdominal simple. En el 100% de los casos, se encontraron residuos alimentarios en el estómago, a partir de la 8ª semana. Cuando el paciente presentaba eructos malolientes o con gas, los residuos alimentarios eran mas abundantes. En todos los casos de BIG ingeribles y excretable, en la consulta del 4º nes, no se encontró el balón en el estómago y en todos los casos se expulsó sin complicaciones.

Conclusiones: La ecografía abdominal resulta muy útil para el control clínico de la implantación del BIG, siendo una prueba sencilla, rápida e inocua. Nos ha permitido en el 100% de los casos, cerciorarnos del hinchado correcto del BIG y de que permanecía en el estómago. A los pacientes les aporta tranquilidad y adherencia al tratamiento.

0-48

Complicaciones mayores precoces en 2200 casos de bypass gástrico con banda por laparoscopia

Jose Luis De La Cruz Vigo¹, Jose Maria Canga Presa¹, Pilar Sanz De La Morena¹, Pilar Gomez Rodriguez², Jose Ignacio Martinez Pueyo², Felipe De La Cruz Vigo².

¹Hospital HM San Francisco, León;

²Hospital Nuestra Señora del Rosario, Madrid.

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).

Pacientes y Métodos: Se trata de un estudio prospectivo efectuado en 2 Centros (el 99% de la intervenciones en dos Hospitales Privados) y realizado por dos cirujanos (JLCV y FCV). Desde Junio de 1999 hasta Diciembre de 2019 se han operado 2200 pacientes por obesidad mórbida, todos ellos mediante bypass gástrico laparoscópico con banda. El IMC medio era 47.2 kg/m², (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

COMPLICACIONES MAYORES PRECOCES (30 d)	N= 2200 (n)%
Fistula 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 I. CLAVIEN-DINDO

COMPLICACIONES MAYORES PRECOCES (30 d)	N= 2200 (n) %
Fistula anast. G-Y	(4) 0.18% 4*
Fístula reservorio-otras	(17) 0.77% 7*
Hemorragia	(10) 0.45% 6*
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	41 1.9%

TABLA II. BRETHAUER

La diferencia de complicaciones del 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: En una técnica compleja como el Bypss Gástrico es fundamental la experiencia de equipo quirúrgico. Muchos estudios randomizados no explican suficientemente este punto y los resultados son notablemente peores de los que pueden obtenerse con una técnica adecuada.

*Requieren reintervención

0-49

Utilización de la endoscopia bariátrica en el tratamiento de la reganancia ponderal tras bypass gástrico

Carlos Felipe Campo Betancourth, Silvia Sevilla Micó, Sergio Ortiz Sebastian, Jose Luis Estrada Caballero, Jose Ramon Aparicio Tormo, Félix Lluís Casajuana.

Hospital General Universitario, Alicante.

Objetivos: La cirugía bariátrica continúa siendo la opción terapéutica más eficaz a largo plazo para el tratamiento de la obesidad mórbida. El bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) es una de las técnicas de cirugía bariátrica más realizadas a nivel mundial. Tras la pérdida de peso, hasta un 20% de estos pacientes presenta reganancia de peso. Recientemente se ha descrito que en estos pacientes se podría utilizar como alternativa la endoscopia bariátrica, mediante la reducción de la anastomosis y/o reducción del tamaño del reservorio.

Material y métodos: Pacientes intervenidos de un BGYR que presentaron reganancia ponderal con pérdida de saciedad y fueron tratados posteriormente mediante sutura endoscópica transoral (OverStitch-Apollo®) para reducir el diámetro de la anastomosis y del reservorio gástrico. A todos los pacientes se les realizó previamente un tránsito esófago gastroyeyunal y una gastroscopia para confirmar dilatación del reservorio o de la anastomosis. Se analizó el IMC, peso, porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) durante el seguimiento y complicaciones del procedimiento.

Resultados: De un total de 570 BGYR intervenidos, 17 pacientes (2,5%) con reganancia ponderal fueron candidatos a esta técnica, siendo el 70% mujeres. El IMC medio inicial de los pacientes fue de 48,1. La pérdida de peso media máxima tras el BGYR fue de 47 kg, la mayoría tras el primer año de la cirugía, un %EPP del 50%. La reganancia media de peso fue de 12,3 kg. El procedimiento endoscópico se realizó de media a los 42 meses de la cirugía primaria. Cuatro pacientes presentaron complicaciones: una hemorragia digestiva alta severa que precisó la colocación de endoclips y transfusión sanguínea, un caso de pequeña dislaceración en la unión esofago-gástrica, y 2 casos de vómitos en las primeras 24 horas; estos 3 últimos pacientes no precisaron tratamiento posterior. La pérdida media de peso al mes fue de 4 kg. A los 3 meses de 7.2 kg que se mantuvo hasta el año del seguimiento en la mayoría. Al año reganaron peso 2 pacientes de 14 y a los dos años 6 de 11 pacientes.

Conclusiones: La sutura endoscópica es una opción viable para controlar la reganancia ponderal tras RYGB, no exenta de posibles complicaciones. En el primer año el 86% de los pacientes obtuvieron pérdida ponderal manteniéndose a los dos años en el 45%. Por ello concluimos que la sutura endoscópica transoral es una técnica a tener en cuenta para el control de la reganancia ponderal tras RYGB.

0-50

¿Cuál es el punto de referencia óptimo para indicar la técnica quirúrgica bariátrica? IMC máximo vs. IMC precirugía

Mireia Verdaguer Tremolosa, Amador Garcia Ruiz De Gordejuela, Maria Jose Gomez Jurado, Marc Beisani, Ramon Vilallonga Puy, Carlos Gustavo Petrola Chacon, Oscar Gonzalez, Mauricio Perez Soto, Enric Caubet Busquet, Jose Manuel Fort.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Objetivos: El proceso de preparación para cirugía incluye cambios de hábitos e inicio de dieta que pueden hacer cambiar el rango de exceso de peso de los pacientes antes de la cirugía. No existe consenso para determinar cuál es el punto de origen a partir del cual indicar una cirugía u otra. En este trabajo evaluamos la influencia de ambos puntos de referencia en la indicación la técnica y sus resultados.

Métodos: Análisis retrospectivo de la base de datos prospectiva de cirugía bariátrica de nuestro Centro. Se incluyeron pacientes intervenidos de gastrectomía vertical (GV) y bypass gástrico (BPG) como cirugía primaria con seguimiento completo a 5 años. Se han excluido los pacientes perdidos de seguimiento y los que se han convertido a otros procedimientos, así como los que ganaron peso antes de la intervención. Los pacientes se clasificaron en 3 rangos de IMC (<40, 40-45 y 45-50 Kg/m²). Los pacientes con IMC>50 se analizaron separadamente. En este trabajo no se han tenido en cuenta los criterios de comorbilidades y hernia de hiato. Se han evaluado el IMC a los 5 años y el IMC nadir.

Resultados: De un total de 1934 cirugías realizadas en nuestro centro, se incluyeron 318 pacientes. De estos, 248 fueron mujeres (78%) con una edad media de 46,59 años (rango 15 a 69), 189 recibieron un BPG (59,4%) y 129 una GV (40,6%). Los pacientes que cambiaron de rango de IMC fueron 44 (13,8%; 18 BPG y 26 GV). Valorado de forma global, no se objetivan diferencias significativas en el IMC nadir (27,28 vs 26,55) ni en el IMC a los 5 años (30,38 vs 30,39) entre los que no cambiaron y los que cambiaron de rango de IMC. Tampoco se objetivaron diferencias al estratificar por tipo de cirugía. Si se incluyen los pacientes con IMC máximo por encima de 50kg/m² (en total 419 pacientes, 225 BPG y 61 pacientes que cambian de rango de IMC) se observan diferencias significativas en el IMC nadir (28,57 vs 27,18, p=0,027). Por cirugía, no se encontraron diferencias en el subgrupo de BPG pero si en el de GV, en el que el IMC nadir (29,55 vs 26,81, p=0,003) y a los 5 años (33,74 vs 30,61, p=0,007) fueron significativamente mayores en los pacientes que bajaron de rango preoperatoriamente. Una observación interesante en la evaluación de estos datos fue que las métricas habituales de pérdida ponderal (EWL y TWL) estaban muy influenciadas por el punto de inicio (peso máximo o peso prequirúrgico), objetivándose diferencias significativas.

Conclusiones: El uso del IMC máximo o del IMC prequirúrgico para la indicación quirúrgica sólo parece tener influencia cuando se incluyen pacientes con IMC máximo superior a 50kg/m², y especialmente cuando se indica gastrectomía vertical. En los pacientes con IMC inferior a 50kg/m², cambien o no de rango de IMC, no se modifica el resultado ponderal.

0-51

Pérdida ponderal con gastrectomía vertical y by-pass gástrico: Revisión de una serie de 419 enfermos con un mínimo de seguimiento de 5 años

Sergi Sánchez Cordero, Ramon Vilallonga, Amador Garcia, Carlos Petrola, Marc Beisani, Oscar Gonzalez, Enric Caubet, Hector Duque, Alba Zabalegui Eginola, Jose Manuel Fort.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: Desde la aparición de la gastrectomía vertical (GV) como técnica única, existe cada día mayor evidencia de los resultados de su eficacia. Sin embargo, el by-pass gástrico (BPG) es el procedimiento más utilizados en el tratamiento de la obesidad hoy día en España. Sin embargo, no quedan claras todas las diferencias y la rivalidad entre las técnicas a propiciado muchos estudios en este sentido desde un punto de vista de resolución de comorbilidades, complicaciones y pérdida ponderal.

El objetivo de este trabajo es comparar ambas técnicas tanto en pérdida ponderal como en mejoría de las comorbilidades asociadas.

Materiales y Método: Se trata de un estudio observacional prospectivo de los pacientes sometidos a BPG y GV desde enero de 2006 hasta diciembre de 2014. Se ha analizado la pérdida de peso y de IMC, la tasa de éxito, la reganancia de peso, el impacto en las comorbilidades asociadas y la morbimortalidad de ambas técnicas. Solo se han recogido los pacientes con un mínimo de seguimiento de 5 años.

Resultados: De un total de 1935 pacientes intervenidos entre 2006 hasta la fecha de hoy, se han hallado un total de 419 pacientes con más de 5 años de seguimiento postoperatorio. De estos pacientes 225 fueron intervenidos de BPG y 194 de GV. 41 pacientes (9,8%) presentaron alguna complicación en el postoperatorio, 13 fueron GV y 28 BPG. No hubo mortalidad en la serie.

323 (77,1%) son mujeres con una edad media de 45,85 años (rango 15 a 69). El IMC inicial medio fue 45,15kg/m² (29,9-62,4) y 46,11kg/m² (34,96-70,22). Los IMC nadir y a los 5 años fueron 27,78kg/m² y 30,68kg/m²; y 29,06kg/m² y 33,18kg/m². El TWL a los 5 años fue de 31,8% y 27,74%.

233 (55,6%) presentaron reganancia superior al 10% del peso nadir hasta los 5 años (116 BPG y 117 GV, p=0,072). La reganancia más importante aparece entre el cuarto y quinto año de seguimiento.

En un análisis de regresión lineal para predecir el IMC a los 5 años, los parámetros que resultaron predictivos fueron Edad, Sexo, Tipo de cirugía, IMC inicial, complicación postoperatoria y Diabetes tipo 2.

Conclusiones: El BPG presenta mejores resultados en cuanto a pérdida de peso y mejoría de las comorbilidades. El grupo GV presenta mayor reganancia de peso. Ambos procedimientos presentan resultados similares en cuanto a morbimortalidad.

0-52

Evolución a corto-medio plazo de la calidad de vida en los pacientes con depresión intervenidos de cirugía bariátrica frente a aquellos en lista de espera

Tamara Díaz Vico, José Luis Rodicio Miravalles, María Moreno Gijón, Sonia Amoza Pais, Sandra Sanz Navarro, Aida Suárez Sánchez, Emilio López-Negrete Cueto, Covadonga Valdés Arias, Estrella O. Turienzo Santos, Lourdes M. Sanz Álvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: El impacto de la cirugía bariátrica sobre la calidad de vida de los pacientes obesos y, en concreto sobre la depresión, no ha sido estudiado en profundidad.

Nuestro objetivo consiste en analizar la calidad de vida de los pacientes con depresión en lista de espera quirúrgica frente a aquellos intervenidos de cirugía bariátrica y evaluar su potencial correlación.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo desde enero de 2017 a diciembre de 2017 en el que se analizó la calidad de vida relacionada con los pacientes que presentaban depresión mediante los cuestionarios SF-12v2 e IWQoL (Impact of Weight on Quality of Life) realizado previo a la cirugía y en el momento de la inclusión en lista de espera quirúrgica, con seguimiento a los 12 y 24 meses.

Resultados: De un total de 130 pacientes estudiados, 43 (30.9%) pacientes presentaron depresión al inicio del estudio; existiendo mayor proporción de pacientes con depresión en el grupo quirúrgico (60,5%; $P = .07$). Durante el seguimiento, se objetivó mayor número de pacientes con mejoría o resolución de la depresión en el grupo quirúrgico con respecto al grupo de pacientes en lista de espera quirúrgica ($P = .04$). Por grupos, a los 12 y 24 meses de seguimiento, aquellos pacientes que presentaron mejoría de la depresión obtuvieron mejor puntuación en todas las dimensiones del cuestionario de calidad de vida SF-12v2, con resultados estadísticamente significativos en los dominios Actividad Física ($P = .01$), Dolor Corporal ($P = .02$), Salud General ($P = .01$) y Componente Físico ($P < .01$). Sin embargo, no se objetivaron resultados con significación estadística en el cuestionario de calidad específico IWQoL.

Conclusión: La calidad de vida se encuentra notablemente afectada en los pacientes con obesidad. Si bien la depresión no es una de las comorbilidades que más se benefician de la cirugía, en aquellos pacientes en los que se produce una mejoría, es el componente físico y no el mental el que les hace mejorar más su calidad de vida. Por tanto, podemos concluir que la mejoría de la depresión se correlaciona con un componente más físico que mental, asumiendo que la cirugía sirve también como un terapia adecuada para la depresión en este grupo de pacientes.

0-53

Correlación entre el uso de CPAP en pacientes con SAHS grave y calidad de vida en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica

Tamara Díaz Vico, Emilio López-Negrete Cueto, José Luis Rodicio Miravalles, María Moreno Gijón, Sandra Sanz Navarro, Sonia Amoza Pais, Aida Suárez Sánchez, Covadonga Valdés Arias, Estrella O. Turienzo Santos, Lourdes M. Sanz Álvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: El síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS) es una consecuencia indeseable derivada de la obesidad. La Academia Americana de Medicina del Sueño recomienda su evaluación de manera preoperatoria, ya que los pacientes no tratados presentan un riesgo mayor de sufrir complicaciones postoperatorias. Sin embargo, existe poca evidencia disponible que relacione el SAHS con la calidad de vida antes y después de la cirugía bariátrica de estos pacientes.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo desde enero de 2017 hasta diciembre de 2017 de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro. En aquellos pacientes con sospecha clínica de SAHS se realizó polisomnografía preoperatoria, realizándose polisomnografía de control a los 12 meses de seguimiento postoperatorio en los pacientes con diagnóstico de SAHS a tratamiento con CPAP (presión positiva continua en las vías respiratorias). Se evaluó la calidad de vida de todos los pacientes mediante los cuestionarios SF-12v2 e IWQoL-Lite (Impact of Weight on Quality of Life-Lite) realizados previo a la cirugía y tras la intervención quirúrgica a los 12 y 24 meses de seguimiento, analizándose su potencial correlación con el SAHS.

Resultados: De un total de 68 pacientes estudiados, 17 (24.3%) pacientes no presentaban SAHS, 14 (20.0%) presentaban SAHS leve, 12 (17.1%) SAHS moderado, y 25 (35.7%) pacientes presentaban SAHS grave previo a la intervención quirúrgica. El índice apnea-hipopnea (IAH) medio prequirúrgico fue de 34.5 (± 31.2), mientras que el IAH medio a los 12 meses de seguimiento postquirúrgico fue de 16.4 (± 13.8). Del total de pacientes que precisaban CPAP, 16 (22.9%) no la utilizaban de manera correcta o dejaron de usarla. Aquellos que utilizaron correctamente la CPAP previo a la intervención quirúrgica, presentaron mejores puntuaciones en los cuestionarios de calidad de vida SF-12v2 e IWQoL-Lite ($P = .04$). Por grupos, los pacientes diagnosticados de SAHS grave al inicio del estudio presentaron mejores puntuaciones en el cuestionario SF-12v2, siendo estadísticamente significativos los resultados de los dominios Dolor Corporal ($P = .02$) y Vitalidad ($P = .03$). A los 12 meses de seguimiento postoperatorio, la significación estadística se alcanzó en los dominios Dolor Corporal, Salud General, Relación Social, Papel Emocional y Salud Mental. Sin embargo, en el cuestionario específico IWQoL-Lite, a pesar de que se objetivaron mayores puntuaciones en aquellos pacientes diagnosticados de SAHS grave a los 12 meses de seguimiento, estos resultados no fueron estadísticamente significativos.

Conclusión: Aquellos pacientes diagnosticados de SAHS severo que precisan CPAP y hacen un uso adecuado del dispositivo con un seguimiento periódico, presentan una calidad de vida significativamente mayor en el cuestionario genérico (SF-12v2) tanto antes de la cirugía como en el seguimiento postoperatorio, lo que pone de manifiesto que, con un correcto tratamiento médico, se trata de una patología que no interfiere, sino que incluso mejora la calidad de vida de los pacientes con obesidad mórbida.

0-55

Análisis global de nuestra experiencia en cirugía hipoabsortiva: 581 casos de cruce duodenal y SADI-S

Claudio Lazzara, Lucia Sobrino, Giomara Asmat, Sofia Leon, Victor Admella, Elias Acrich, Elisabet Baena, Javier Osorio, Jordi Pujol-Gebellí.
Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: El cruce duodenal (CD) ha demostrado ser la técnica más eficaz para el tratamiento de la obesidad con IMC > 50 kg/m². Su reciente simplificación, el Single-anastomosis duodeno-ileal bypass (SADI-S), también se ha mostrado eficaz en ese contexto. Sin embargo, la difusión de estas dos técnicas sigue estando limitada, fundamentalmente por su complejidad técnica, mayor tiempo quirúrgico y temor a complicaciones postoperatorias. Este estudio pretende describir la seguridad y eficacia del CD y del SADI-S en un centro de alto volumen.

Métodos: Estudio de cohortes incluyendo todos los pacientes sometidos a SADI-S y DS entre 2008 y 2020.

Resultados: Se incluyeron 323 CD y 258 SADI-S. Ambos grupos presentaban similar distribución de género, edad, IMC inicial (51.1 ± 6.4 vs. 50.5 ± 6.2 Kg/m², $p = n.s.$) y comorbilidades (excepto apnea del sueño, mayor en el grupo CD, $p < 0.001$). El seguimiento medio fue 9.1 ± 38.4 meses para CD y 32 ± 19 meses para SADI-S. A los 2 años de la cirugía, el CD se asoció a menor IMC (30.5 ± 4 Kg/m² vs. 31.9 ± 5.1 Kg/m², $p = 0.01$), mayor exceso de peso perdido (78.5% vs. 73.8%, $p = 0.03$) y similar resolución de comorbilidades (84.8% vs. 85.7% diabetes, 62.4% vs. 66% hipertensión, 80.5% vs. 72.9% para dislipemia y 83% vs. 85.7% para apnea del sueño). La morbilidad precoz global (14% vs. 18.2%, $p = n.s.$) y grave (Clavien-Dindo > II) fue similar. El CD presentó más complicaciones a largo plazo y mayor necesidad de suplementación vitamínica ($p = 0.03$).

Conclusión: La cirugía hipoabsortiva es segura y eficaz en centros de experiencia. El CD permitió mayor control ponderal que el SADI-S a expensas de más complicaciones a largo plazo y necesidad de suplementación.

0-56

Influencia del IMC inicial sobre dos indicadores ponderales: Resultados según la técnica quirúrgica (BPGY y GV) y el estatus metabólico

Marta París¹, Fatima Sabench², Margarida Vives¹, Esther Raga¹, Èlia Bartra¹, Carla Morales¹, Guillermo Renau¹, Alejandra García¹, Antonio Sánchez¹, Daniel Del Castillo¹.

¹Hospital Universitari Sant Joan, Reus;

²Universitat Rovira i Virgili. Facultad de Medicina, Reus.

Objetivo: La mayor amenaza de los indicadores ponderales de resultado ponderal después de la cirugía bariátrica es la influencia que ejerce el IMC inicial sobre los mismos. Los indicadores pueden sufrir variaciones y ser más o menos independientes del IMC inicial en función de la técnica quirúrgica o del estado metabólico del paciente, convirtiéndose este hecho en una limitación en muchos de los estudios publicados. El objetivo de este estudio es analizar el patrón de pérdida de peso en una muestra de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica (RYGB y GV) en nuestro centro utilizando los indicadores % AWL y %TWL. Se determinará la influencia del IMC inicial en los resultados obtenidos en los indicadores mencionados para cada una de las técnicas quirúrgicas en base a la presencia o no de DM2.

Métodos: Analizamos prospectivamente 354 pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica en nuestro centro: 148 BPGY y 206 GV. Todos ellos con tres años de seguimiento postoperatorio. La pérdida de peso se determinó en diferentes momentos de seguimiento: a los 6, 12, 18, 24 y 36 meses postoperatorios. Los siguientes indicadores se han calculado en cada punto temporal. %TWL = (IMC inicial-IMC actual) / (IMC inicial) x 100. %AWL = (IMC inicial-IMC actual)/(IMC inicial-13)x100. Para determinar la influencia del IMC inicial en cada uno de los indicadores, cada submuestra de pacientes se divide en función de su mediana: H1: ≤ Me ("más ligero") y H2 > Me ("más pesado"). No se ha realizado ninguna comparación entre las técnicas quirúrgicas y la condición de DM debido a la heterogeneidad entre ellas en base a su IMC inicial.

Resultados: La mediana para el grupo BPGY no DM y DM se sitúa en 45.5 y 43.8 respectivamente; en los pacientes intervenidos mediante GV se sitúa en 48.5 y 47.9. En el grupo BPGY No DM, no se encuentran diferencias en el AWL entre los grupos H1 y H2; sí en cambio para el TWL a los 12, 18 y 24 meses perdiendo más peso aquellos pacientes con un IMC mayor. El mismo patrón sigue la GV para los pacientes no diabéticos. En cambio, en el caso de los pacientes diabéticos e intervenidos con un BPGY, el IMC inicial no ejerce ninguna influencia en los resultados ponderales (ninguna diferencia significativa en ningún indicador a los largo de los tres años de seguimiento). No ocurre así en el caso de la GV, en donde todos los indicadores son significativamente diferentes entre los subgrupos de pacientes H1 y H2 a lo largo de todo el seguimiento, perdiendo más peso aquellos pacientes con un IMC mayor.

Conclusiones: El IMC inicial influencia de manera significativa sobre los resultados ponderales en pacientes diabéticos a corto y medio plazo en pacientes intervenidos mediante GV; no ocurre así en el caso del BPGY. La técnica quirúrgica indicada en los pacientes diabéticos es determinante para una pérdida de peso óptima. El AWL se muestra como un indicador independiente del IMC inicial en pacientes no diabéticos, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada.

0-57

Metaplasia intestinal y su papel en cirugía bariátrica: Gastrectomía del remanente en el bypass gástrico

Clara Pañella Vilamú, Esther Ferrero Celemín, J. Daniel Sánchez López, Sara Núñez O'sullivan, Mariana García Virosta, Carmen Rodríguez Haro, María Hernández O'reilly, José M. Gil López, Fátima Sánchez-Cabezudo Noguera, Antonio Luís Picardo Nieto.

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

Objetivos: El cáncer gástrico representa el 6,8% de cáncer a nivel mundial, siendo el adenocarcinoma el tipo más frecuente. La metaplasia intestinal (MI) en cuerpo/antra es una lesión precancerosa que se ha asociado de forma independiente al desarrollo de cáncer gástrico y su principal causa es la infección por *H. pylori*. La presencia de MI en el estudio preoperatorio del paciente candidato a bypass gástrico (BPG), plantea la necesidad de añadir una gastrectomía del remanente gástrico ante la imposibilidad de realizar un seguimiento endoscópico del remanente gástrico.

El objetivo principal es identificar posibles indicaciones y resultados de una serie de casos de gastrectomía del remanente en BPG por MI.

Material y Métodos: Análisis descriptivo de 6 casos consecutivos de gastrectomía del remanente en BPG desde el 2012 hasta el 2021. Análisis de los datos antropomórficos, comorbilidades preoperatorias y resultados postoperatorios en pérdida ponderal y complicaciones postoperatorias.

Resultados: Análisis prospectivo de 6 casos (83,3% mujeres) con una edad mediana de 58,5 (41-63) años e IMC prequirúrgico de 39,2(34,8-43,2) Kg/m². El 50% de los casos presentaba síndrome metabólico asociado. Los hallazgos de la gastroscopia preoperatoria fueron gastropatía antral y hernia de hiato en la mitad de los casos, confirmando la presencia de MI en la biopsia en el 83,3% de los pacientes. En tan solo un caso, la indicación de la gastrectomía del remanente fue por pólipos hiperplásicos en fundus/cuerpo.

A nivel de los resultados quirúrgicos, el tiempo mediano del BPG con resección del remanente fue 140 (95-260) minutos. La estancia hospitalaria fue de 2(2-6) días. No se observaron complicaciones postoperatorias ni mortalidad a los 30 días. En el análisis histológico del remanente se confirmó la metaplasia intestinal focal y gastritis atrófica en el 66,7% de los casos. En el caso de poliposis gástrica se confirmó la presencia de múltiples pólipos hiperplásicos, siendo uno de ellos un tumor neuroendocrino bien diferenciado (Ki67 1-2%), pT1NxM0 que requirió solamente seguimiento oncológico. La evolución en pérdida ponderal, mostró un descenso del IMC adecuado de los 6 casos a los 6 meses de seguimiento, con un IMC de 31 (28,6-33,4) Kg/m².

Conclusiones: La indicación de gastrectomía del remanente gástrico en el BPG es poco frecuente y debe ser individualizada. La MI es un factor de riesgo independiente y, ante la imposibilidad de seguimiento, se debe plantear añadir la gastrectomía del remanente como gesto quirúrgico durante la confección del reservorio gástrico. Se trata de un procedimiento, que en manos expertas en Unidades de Esofagogastrica/Bariátrica, es reproducible y seguro con los mismos resultados postoperatorios que el BPG simple. No obstante, se necesitan muestras mayores y un seguimiento a largo plazo para poder confirmar dichos resultados.

OE-01

Intervenciones enfermeras desde la consulta de prehabilitación en los programas de tratamiento quirúrgico de la obesidad: Cirugía bariátrica

Elena Sota Pernaut, Milagros Jurado Rumi, M^a Rosario Asiain San Martín, M^a Jesús Izue Salinas, Juana Hermoso De Mendoza Cantón, Milagros García López. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: Dentro del abordaje del tratamiento quirúrgico de la obesidad y cumpliendo las acreditaciones Competenciales exigidas por la SECO, desde el CHN se trabaja en un plan de cuidados clínicos consensuados en un equipo multidisciplinar (Cirugía General, Dietética y Nutrición, Enfermería, Psiquiatría), donde el papel de la Enfermera Gestora de Proceso en Consulta de Prehabilitación de Cirugía Bariátrica tiene un protagonismo notable.

Objetivo: Mejorar los resultados en salud y la calidad de vida protocolizando el proceso de atención enfermero en la Consulta de Enfermería de Cirugía Bariátrica a los pacientes que van a ser sometidos a tratamiento quirúrgico por obesidad.

Material y Métodos: Para la implantación de la Consulta de Enfermería se comenzó con una formación de 3 enfermeras de Consultas Externas en el Hospital Universitario de Getafe (Unidad de Obesidad Mórbida). Posteriormente la formación fue reforzada con Cursos de Metodología educativa para realizar consejos eficaces en autocuidados y formación intraunidad por parte de los facultativos de la especialidad. En ese escenario, la valoración de los pacientes seleccionados para una cirugía bariátrica se hizo según los Patrones Funcionales de Gordon. El tratamiento integral contempló la modificación de los hábitos de vida, preparación de los pacientes candidatos a cirugía, prevención y tratamiento de los déficits nutricionales y finalmente de las secuelas tras las pérdidas masivas de peso. Se hizo hincapié en la cumplimentación de una ficha de Actividad Física con Ejercicios de (Flexibilidad, Propiocepción, Resistencia Cardiovascular, Fuerza y Potencia, Muscular e Inspiración).

Una vez los pacientes fueron remitidos a la Consulta de Prehabilitación se siguió un protocolo de visitas iniciándose 6 semanas antes de la cirugía con una cadencia quincenal junto con un diplomado en dietética reforzando los aspectos nutricionales. En el postoperatorio, las visitas sistemáticas se espaciaron en el tiempo quincenalmente durante los dos primeros meses y mensualmente los dos meses siguientes, siempre y cuando el paciente no requiriera un mayor seguimiento.

La continuidad de cuidados estuvo garantizada porque todo el trabajo quedó registrado y sistematizado en una ficha de Enfermería con Intervenciones NIC-NOC.

Resultados: Durante el año 2019, (de Junio a Diciembre) se han visto un total de 41 pacientes nuevos y 151 pacientes de revisión. Los registros realizados han sido 43 fichas de enfermería, lo que significa que hay algún registro duplicado.

Conclusiones: Con la participación enfermera desde la consulta de Enfermería de Prehabilitación se colabora activamente en la recuperación de la autonomía del paciente consiguiendo su implicación y la de su familia/cuidador en su proceso asistencial promoviendo su autocuidado.

OE-02

Evaluación de satisfacción hospitalaria en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica

Marta García Hualde, Elena Martín Gómez, Ana Alás Brun, Miriam Echávarri Echániz.

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Objetivo: Evaluar el nivel de satisfacción hospitalaria en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en un centro terciario de referencia.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal. Como método de recogida de datos se utilizó el cuestionario diseñado por la SECO e incluido en la Vía Clínica de cirugía bariátrica, entregado en el momento del alta hospitalaria.

Resultados: Se recogieron 44 encuestas (tasa de respuesta del 83%). El grado de satisfacción global media del ingreso fue de 9,65 (DE=0.84). El aspecto mejor valorado fue "el personal de quirófano fue amable y respetuoso", con una media de 9,85 (DE=0.64) seguido de "he recibido información por escrito sobre el procedimiento" con una media de 9,63 (DE=1.04) y "mis dudas fueron clarificadas por el personal sanitario" con una calificación media de 9,83 (DE=0,51).

El problema peor calificado fue la presencia de náuseas y vómitos postoperatorios, con una calificación media de 8,04 (DE=2.82).

Los factores subjetivos, como el trato personalizado y la profesionalidad, fueron los aspectos mejor valorados. Las cuestiones negativas a destacar están relacionadas con los equipos audiovisuales de las habitaciones, representando únicamente un 5,8% de las respuestas.

Conclusiones: Los pacientes encuestados muestran un alto nivel de satisfacción global, incluyendo los factores subjetivos. Las cuestiones negativas más destacadas están relacionadas con las instalaciones y no con el conjunto del proceso asistencial de la cirugía bariátrica.

OE-03

El bypass gástrico laparoscópico desde el punto de vista de la enfermería quirúrgica

Maialen Ruiz Ecenarro¹, Javier Lopez Baz².

¹Hospital Donostia, San Sebastián;

²Hospital Donostia, Donostia.

Introducción: La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, y cada año mueren como mínimo, 2,8 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso siendo esta la quinta causa de muerte en todo el mundo según la OMS.

En este contexto la Cirugía Bariátrica es el tratamiento de elección para la Obesidad Morbida (OM), siendo el Bypass Gástrico laparoscópico (BPGL) una técnica ampliamente utilizada.

En nuestro centro se realizan dos técnicas quirúrgicas, el Sleeve o Gastrectomía Vertical (GV) y el BPGL, siendo esta segunda la más empleada. Esto se refleja perfectamente en los datos de las cirugías bariátricas realizadas en 2019, ya que de todas las cirugías bariátricas realizadas, el 84,4% corresponde al BPGL y el 15,6% a la GV.

Objetivos: Dar a conocer las peculiaridades de la preparación del paciente obeso así como de la técnica quirúrgica del BPGL desde el punto de vista de la enfermería de quirófano.

Material y Métodos: Descripción de cuidados intraoperatorios característicos del paciente obeso y descripción de la técnica quirúrgica desde el punto de vista de la instrumentación.

Resultados: Los cuidados del paciente quirúrgico obeso se inician desde la entrada del mismo quirófano. Se recomiendan mesas quirúrgicas especiales, dadas las características del paciente, que soporten el peso y su correcta colocación durante toda la cirugía poniendo mucha atención en el cuidado de los puntos de apoyo para evitar lesiones nerviosas.

El paciente obeso suele asociar una vía aérea difícil por lo que se recomienda contemplar la posibilidad de una intubación orotraqueal (IOT) en despierto, así como tener disponible el material necesario para una IOT difícil. También es frecuente la presencia de accesos venosos dificultosos por lo que en ocasiones son ecodirigidos.

Se crea el neumoperitoneo mediante técnica cerrada, manteniendo presiones intraabdominales inferiores a 12mmHG. Se recoloca el paciente semisentado, mejorando su ventilación, y se procede a la colocación de los trócares, con la particularidad de que son más largos, específicos para obesidad, al igual que el instrumental quirúrgico. Se introducen 4 trócares de 12x150 mm y 2 de 5x150mm.

Se inicia la cirugía con la realización del pie de asa de la Y de Roux, mediante anastomosis latero-lateral mecánica, midiendo 60cm de asa biliopancreática y 120-150cm, según características del paciente, de asa alimentaria.

En segundo tiempo se realiza el casquete gástrico, para ello se realiza una gastrectomía calibrada con una sonda de Foucher de 26F. Seguidamente se realiza la anastomosis gastro-yeyunal, siendo en nuestro centro termino-lateral circular mecánica entre casquete gástrico y asa alimentaria. Se realiza comprobación de estanqueidad con azul de metileno y se deja un drenaje aspirativo perianastomótico. Para finalizar la cirugía se comprueba hemostasia de trócares y se procede al cierre de los mismos mediante dispositivo específico para ello.

Conclusiones: El paciente obeso tiene una serie de consideraciones especiales que hay que tener en cuenta desde su entrada hasta su salida del quirófano.

La cirugía del BPGL es la técnica de elección en nuestro centro.



P-01

Cirugía bariátrica en el hospital universitario Donostia: Características iniciales y evolución de los pacientes intervenidos y en seguimiento en nuestro centro

Cristina García Delgado, Leire Agea, Nerea Egaña, Maite Aranburu, Ismene Bilbao, Izaskun Olaizola, Miguel Goena, Alfredo Yoldi, Jorge Rojo, Cristina Elías.

Hospital Donostia, San Sebastián.

Objetivos: Conocer las características iniciales y la evolución de los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica que hayan sido intervenidos y después controlados en el Hospital Universitario Donostia.

Material y Métodos: Seleccionamos a los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica en nuestro hospital entre los años 2010 y 2017 y que posteriormente realizan seguimiento en este centro. Los datos han sido obtenidos de la historia clínica electrónica.

Resultados: Seleccionamos 57 pacientes, 47 son mujeres (82.5 %), la edad media en el momento de la intervención es de 45.2 años (22-64).

Datos preoperatorios: 13(22 %) tenían diabetes tipo 2, 25 (43.8 %) HTA y 7(18 %) dislipemia. El 40 % presentaban SAOS y el 18 % gonartrosis. El IMC medio preoperatorio fue de 45.1 kg/m² (36.1-61). -tabla 1-
Intervención: 32 pacientes fueron intervenidos mediante by pass gástrico y 25 mediante tubulización gástrica.

Evolución: La media de pérdida máxima de peso fue de 39 kg (14-92), que supone un porcentaje medio de peso perdido del 31 % (12-51), que se logró en un tiempo medio de 18.3 meses. Tras alcanzar este peso mínimo, hubo una recuperación máxima media de 10.4 kg (1-34).

El IMC medio al año de la intervención fue de 31.6 kg/m² (22.4-47.1), a los 2 años 32.1 kg/m² (23.3-48) y a los 5 años 34.2 kg/m² (23.5-48). - Tabla 1-

IMC (kg/m ²)	<25	25-29.9	30-34.9	35-39.9	40-49.9	>50
Precirugía (n:57)	-	-	-	17.8%	60.8 %	21.4 %
1er año postcirugía (n:57)	8.8 %	33.3 %	31.6 %	19.2 %	7.1 %	-
2º año postcirugía (n:53)	5.6 %	28.8 %	43.1 %	16.9 %	5.6 %	-
5º año postcirugía (n:40)	2.5 %	20 %	37.5 %	22.5 %	17.5 %	-

Tabla 1: porcentaje de pacientes en cada rango de IMC

Déficits: el 57% precisan tratamiento con hierro (IV en el 10 % de los casos), el 38.5 % con vitamina B12, el 17 % con ácido fólico. El 95 % reciben tratamiento con vitamina D y el 38.5 % con calcio: de estos, el 31.5 % han presentado hiperparatiroidismo secundario y el 4 % hipocalcemia.

5 tuvieron hipoglucemias reactivas, que aparecieron en un tiempo medio de 14 meses (12-17); todos ellos fueron tratados con normas dietéticas y en 2 fue necesario añadir acarbosa.

Disponemos de densitometría ósea en 17 pacientes: 8 osteopenia, 1 osteoporosis, resto normal.

La diabetes entró en remisión en 8 de los 13 pacientes, en un tiempo medio de 4.5 meses. Sólo en un caso reapareció tras 21 meses con metabolismo glucídico normal.

La HTA se resolvió en el 44 % de los afectados y la dislipemia en el 70 %.

Resumen y conclusiones: En nuestros pacientes, se obtiene normopeso-sobrepeso en el 42.1 % de los casos al año de la cirugía, el 34.4 % a los 2 años y el 22.5 % a los 5 años.

Tras la intervención, la diabetes se resuelve en el 61.5 %, la HTA en el 44 % y la dislipemia en el 70 %.

P-02

Intususcepción intestinal como complicación tardía del bypass gástrico

Olga Claramonte Bellmunt, Anabel De La Llave Serralvo, Salvador Pascual Camarena, Mar Escales Oliver, Marta Castro Suárez, Jose Andrés Cifuentes Rodenas.

Fundación Hospital Son Llàtzer, Palma.

Objetivos: El antecedente de cirugía bariátrica obliga a ampliar el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en su consulta en Urgencias. Es importante conocer las técnicas bariátricas y las complicaciones inmediatas o tardías que pueden producirse. Presentamos el caso de una intususcepción de asa común en asa alimentaria tras bypass gástrico en Y de Roux.

Material y métodos: Mujer de 42 años intervenida 13 años antes, con un porcentaje de sobrepeso perdido del 81%, que consultó en Urgencias por epigastralgia súbita de 8 horas de evolución y vómitos. En la exploración física destacaba un efecto masa epigástrico. En la analítica destacaba una anemia crónica con Hb 7.95 g/dL sin leucocitosis, coagulopatía ni elevación de reactantes de fase aguda. Debido al antecedente de cirugía bariátrica y ante la sospecha de una complicación tardía, se realizó una TC abdominal urgente con contraste endovenoso, en la cual se observó una intususcepción de un segmento de yeyuno de unos 10 cm a través del pie de asa, condicionando una importante dilatación del asa biliopancreática.

Resultados: Ante estos hallazgos, se indicó intervención quirúrgica urgente, con un abordaje inicial laparoscópico, y se identificó una dilatación del pie de asa y del asa biliopancreática secundaria a la intususcepción intestinal del asa común dentro del asa alimentaria. Ante el gran riesgo de perforación por laparoscopia, se decidió reconversión a laparotomía media. Tras la evisceración, no se consiguió reducir el asa con maniobras de taxis, identificando en este momento signos congestivos de la pared y sufrimiento intestinal, por lo que se decidió resección del pie de asa y reconstrucción del tránsito intestinal. Se revisaron los mesos y se descartaron hernias internas.

La paciente presentó un postoperatorio correcto, recuperando la tolerancia oral y siendo alta al 7º día. En la anatomía patológica no se identificó ninguna causa orgánica que condicionara la invaginación.

Conclusiones: Ante pacientes con antecedente bariátrico que consulten en Urgencias, se debe perseguir una estrategia diagnóstico-terapéutica con carácter urgente y evitar el manejo conservador que se puede proponer en otro tipo de pacientes. En la literatura hay cada vez más casos reportados de intususcepción intestinal tras un bypass gástrico, debido probablemente al aumento de las cirugías bariátricas en los últimos años. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, siendo en muchas ocasiones el dolor abdominal el único síntoma. Ante alta sospecha clínica, y aunque los hallazgos radiológicos no sean concluyentes, se debe optar por una revisión quirúrgica.

La causa de la intususcepción en estos pacientes es desconocida, aunque se ha sugerido factores predisponentes como la alteración de la peristalsis debido al nuevo circuito intestinal, el adelgazamiento de los mesos que facilita la herniación y alteraciones en la técnica de confección de la anastomosis.

El tratamiento se basa en la revisión quirúrgica, siendo los dos métodos descritos la reconfección del pie de asa y la plicatura del asa común al asa biliopancreática, ya que la reducción aislada del asa invaginada conlleva altas tasas de recurrencia. Es importante un tratamiento quirúrgico precoz para evitar graves complicaciones como la isquemia y la perforación intestinal.

P-03

Bezoar gástrico, ampliando el diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal tardía en pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica

Alba Garcia Trancho, Ainhoa Andres Imaz, Laura Marti Gelonch, Emma Eizaguirre Letamendia, Jose Ignacio Asensio Gallego, Javier Murgoitio Lazcano.

Hospital Donostia, San Sebastián.

Objetivos: analizar la literatura publicada sobre la formación de bezoar gastrointestinal en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica a raíz de 3 casos índice en nuestro servicio y debido a la mayor predisposición de esta causa inusual de obstrucción intestinal entre la población bariátrica.

Material y Métodos: presentamos 3 casos de bezoar gastrointestinal en pacientes bariátricos intervenidos en nuestro servicio. Revisamos la literatura científica sobre los casos reportados de bezoar tras cirugía bariátrica mediante la búsqueda en PubMed y Medline.

Resultados: El primer caso es una mujer obesa mórbida de 43 años que debuta con cuadro de dolor abdominal y vómitos un año después de ser sometida a bypass gástrico. Es diagnosticada mediante Tomografía computarizada (TC) abdominal de sepsis secundaria a dehiscencia diastásica de la anastomosis yeyuno-yeyunal debida a bezoar alimenticio, realizándose cirugía urgente para extracción de bezoar y sutura primaria de la perforación. Tras 6 meses, se presenta nuevamente en Urgencias con cuadro séptico por recidiva de fuga anastomótica del pie de asa, precisando reintervención con resección anastomótica y reanastomosis mecánica, con posterior eventoplastia programada por eventración abdominal en el seguimiento.

El segundo caso es una mujer de 42 años con IMC inicial de 47 e intervenida de bypass gástrico, que 8 años después debuta con obstrucción intestinal, siendo diagnosticada por TC abdominal de hernia interna, con hallazgo intraquirúrgico de dilatación de asas alimentaria y biliopancreática secundaria a obstrucción por fitobezoar distal al pie de asa. Se realiza extracción de fitobezoar mediante enterotomía y resección del cabo ciego del asa biliopancreática, presentando buena evolución posterior.

El último caso es un hombre de 54 años con enolismo crónico y antecedente de gastrectomía vertical por obesidad mórbida, posteriormente reconvertida a Y de Roux hace 30 años. Debuta con dolor epigástrico y vómitos, con hallazgo en TC abdominal de distensión gástrica secundaria a bezoar gástrico, siendo necesaria la extracción del bezoar mediante gastroscopia. Posteriormente, ha requerido extracción quirúrgica programada de bezoar mediante gastrotomía por intolerancia persistente para sólidos.

Conclusiones: La cirugía bariátrica es una terapia ampliamente popular en auge y, por lo tanto, los cirujanos debemos estar alerta sobre las complicaciones asociadas a este tipo de intervenciones. Aun cuando la hernia interna es la primera complicación que debemos sospechar ante una obstrucción intestinal en un paciente bariátrico, el diagnóstico diferencial debe cubrir patologías menos comunes. El bezoar es una de las complicaciones excepcionales que pueden ocurrir en el periodo postoperatorio tardío, pudiendo presentarse incluso años después de la intervención inicial. La sospecha diagnóstica de un bezoar debería considerarse siempre ante pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica que se presentan con dolor abdominal y vómitos, debido a que el diagnóstico y manejo tempranos son claves para evitar el desarrollo de complicaciones catastróficas, como la dehiscencia anastomótica. El consejo nutricional es crucial para evitar tanto el desarrollo como la recurrencia de esta patología. Se necesitan estudios adicionales para examinar los hábitos alimenticios de los pacientes con bezoar y antecedentes bariátricos, para así establecer con precisión los factores de riesgo asociados.

P-06

Final feliz para una complicación dramática. Ileocoloplastia tras esofagectomía en una gastrectomía vertical complicada

Manuel Medina García, Elena Ruiz Úcar, Débora Acín Gándara, Fernando Pereira Pérez.

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Objetivos: Presentar la resolución final de una fistula del ángulo de Hiss gástrico tras una gastrectomía vertical, y que tras múltiples complicaciones requirió realizar una ileocoloplastia de interposición con resultado satisfactorio

Material y Métodos: La gastrectomía vertical es probablemente la técnica bariátrica más utilizada por su aparente simplicidad, pero lleva consigo el riesgo de graves complicaciones que pueden precisar intervenciones complejas para resolverlas.

Presentamos el caso de una mujer de 36 años a la que se le realizó una gastrectomía vertical laparoscópica por obesidad mórbida (IMC 44). Presentó como complicación postoperatoria una fístula en el ángulo de Hiss, tratada inicialmente con drenaje quirúrgico y colocación de varios stents esofágicos. En la retirada del último se produjo con la tracción una avulsión de más del 50% de la mucosa esofágica, con el resultado de una estenosis cicatricial y afagia completa.

Con soporte nutrición enteral por yeyunostomía, se intentaron dilataciones endoscópicas durante 6 meses sin resultado.

Ante la falta de otra solución, se decidió realizar una esofagogastrectomía con ileocoloplastia entre esófago y duodeno

Resultados:

En la intervención quirúrgica fue necesario disecar y desbridar toda la zona de la fístula y resecar el esófago afecto y el tubo gástrico.

Para realizar una ileocoloplastia de sustitución por vía transhiatal se tuvo que utilizar el colon dcho. ya que la arcada vascular del colon izdo. estaba afectada por el proceso inflamatorio. El postoperatorio fue favorable con una pequeña fuga cervical resuelta en pocos días, y sin más complicaciones fue dada de alta

En la actualidad, un año después, la paciente se encuentra asintomática, con una buena tolerancia oral y un perfecto estado nutricional en los controles analíticos

Se ha realizado un tránsito esófago-ileo-colo-duodenal con resultado "normal", con buen paso de contraste, sin estenosis ni otras alteraciones.

Conclusiones:

- La gastrectomía vertical es una técnica aparentemente sencilla, pero se debe ser muy cuidadoso en su realización, sobretodo en la sección y grapado del ángulo de Hiss.
- Aunque se aconseja el uso de un stent esofágico en el tratamiento de una fistula tras una gastrectomía vertical, mantenerlo más de 6 semanas puede ser peligroso al retirarlo por el riesgo de adhesión firme a la mucosa .
- El uso de prótesis recubiertas y la experiencia del endoscopista al retirarlas, debería reducir el riesgo de estas complicaciones
- En el caso dramático de una complicación como esta, la esofagectomía con una coloplastia de interposición, parece la única opción quirúrgica, y aun siendo una cirugía compleja, puede tener muy buenos resultados.

P-09

Implementación del bypass gástrico de una anastomosis como una alternativa más en una unidad de cirugía bariátrica

Gabriel Kraus Fischer, Ana Benitez Riesco, Isabel Mora Oliver, Raquel Alfonso Ballester, Norberto Cassinello, Joaquín Ortega Serrano.
Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Objetivos: En cirugía bariátrica no existe consenso respecto a la técnica quirúrgica de elección. El Bypass Gástrico de Una Anastomosis (BAGUA) es una alternativa de creciente popularidad que ha demostrado tener buenos resultados a largo plazo. El objetivo de este estudio es valorar los resultados obtenidos en los pacientes intervenidos con dicha técnica en una unidad de referencia de cirugía bariátrica en cuanto a pérdida ponderal, resolución de comorbilidades y morbimortalidad, tanto como cirugía de primera elección como técnica de conversión.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos por obesidad mórbida mediante BAGUA en nuestro centro de Enero 2014 a Enero 2019. Se incluyen los procedimientos empleados tanto como cirugía inicial como de revisión. Se analizan los datos demográficos, antropométricos (peso, IMC, comorbilidades en los periodos preoperatorio y postoperatorio), déficits nutricionales, complicaciones y mortalidad perioperatoria. Se reportan los resultados en relación a los indicadores de calidad en cirugía bariátrica y de resolución de comorbilidades aceptados por el último Consenso de la SECO y la AEC. Realizamos una técnica quirúrgica estandarizada realizándose en todos los casos un asa biliopancreática de 200cm.

Resultados: De un total de 495 pacientes intervenidos de obesidad mórbida en nuestro centro en el periodo incluido, se incluyen 70 pacientes intervenidos mediante BAGUA, con un total de 48 mujeres (69%) y 21 hombres (31%) y una media de edad de 59 ± 6.9 años. El tiempo medio de intervención fue de 74,65 minutos. Todos los pacientes han tenido un seguimiento mínimo de un año [12-48 meses]. Al comparar las diferencias de peso entre el periodo preoperatorio y postoperatorio, se evidencia una reducción del peso inicial de 120 ± 27.2 kg a 80 ± 17.6 kg. Lo mismo ocurre con el IMC pasando de 44.8 ± 9.0 kg/m² a 30.4 ± 5.8 kg/m². El PSP es de 65,9%, presentando un 89,9 del total de pacientes un PSP>50%. El %EIMCP 75 ± 23.1 kg/ m² En lo referente a las comorbilidades >70% de los pacientes presentan resolución completa de DM2, HTA, DL y SAOS. Se produjo un fallecimiento (1.4%) por dehiscencia de anastomosis gastroyeyunal. 5 pacientes (7.2%) precisaron conversión a Bypass Gástrico en Y de Roux (BGRY) por presencia de reflujo biliar, a destacar que se trataban de pacientes iniciales en la serie.

Conclusiones: Si bien nuestra experiencia es amplia en BGRY, consideramos que el BAGUA es una opción técnica a tener en cuenta puesto que aporta resultados similares en cuanto a pérdida de peso y resolución de comorbilidades con respecto a otras técnicas ampliamente aceptadas. Puede tener utilidad en las cirugías de revisión ya que permite acortar el tiempo quirúrgico por el menor número de anastomosis. Se trata de una técnica segura y eficaz, convirtiéndose en una herramienta más en el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Se necesitan estudios a largo plazo para evaluar la tasa de reflujo biliar postoperatorio y su impacto en la calidad de vida de los pacientes.

P-10

Manejo del paciente obeso politraumatizado

Silvia Aguas Blasco, Natalia Pérez Serrano, Ana Llantero García, Aitana García Tejero, Adrián Herrero Fabregat, Ana Rodríguez Pérez.

Hospital San Pedro de la Rioja, Logroño.

Introducción: Cuando los médicos tratan lesiones en pacientes politraumatizados rápidamente evalúan e implementan medidas para preservar la vida del paciente, dado que el tiempo es crucial, es esencial aplicar de forma sistematizada un abordaje seguro y efectivo.

Existen pacientes que requieren consideraciones especiales, como es el caso de los obesos. Las prioridades en la atención de estos pacientes son las mismas que para todos los pacientes traumatizados, pero estos individuos tienen respuestas fisiológicas que no siguen los patrones esperados y tienen diferencias anatómicas que requieren distinta valoración.

Material y Método: Se expone el caso de una paciente mujer de 35 años, con índice de masa corporal (IMC) 40, herida por arma de fuego.

En la evaluación inicial, se presenta sin dificultad respiratoria, hemodinámicamente estable, sin necesidad de drogas vasoactivas. El punto de entrada de la bala se encuentra en brazo derecho, en su trayectoria produjo lesiones en mama derecha, quedando finalmente alojada en el tejido subcutáneo abdominal. Dada su estabilidad clínica, se realizó Body-TAC, presentando avulsión del complejo areola-pezones, lesiones vasculares en extremidad superior y neumoperitoneo.

Durante su estancia en Urgencias la paciente comienza con taquicardia, sin hipotensión, se avisa a cirujanos general y vascular de guardia decidiéndose mastectomía derecha, laparotomía media y reparación del daño vascular. Durante su traslado a quirófano la paciente comienza con hipotensión mantenida y necesidad de inotrópicos en perfusión.

Discusión: La presencia de pacientes con obesidad mórbida y traumatismo actualmente es común, como consecuencia del aumento de la obesidad en la población general. Estos pacientes tienen peculiaridades que deben mencionarse para asegurar una atención médica apropiada. Diversos estudios describen una mortalidad del 42% en pacientes con IMC>30, que sufrieron traumatismos severos, comparado con una mortalidad del 5% en pacientes con IMC <27.

La taquicardia es el signo de alerta más importante a la hora de valorar a los pacientes con obesidad mórbida, que pueden presentar una sintomatología tan atenuada que esta sea la única manifestación de un cuadro grave. Del mismo modo muchos son hipertensos, por lo que pueden presentar una presión arterial casi normal o estar mínimamente hipotensos y, sin embargo, el diferencial con su presión arterial basal es muy grande, indicando una alteración hemodinámica importante.

Por sus características anatómicas y fisiológicas presentan una vía aérea difícil, ya que tienen la faringe más pequeña por el depósito de tejido adiposo, lo que dificulta la ventilación e intubación orotraqueal, del mismo modo, la presión intraabdominal elevada condiciona una dinámica respiratoria distinta. La mayoría de los pacientes obesos tienen, además, disminución de la relación ventilación-perfusión como consecuencia de la hipoxia crónica. También la intubación de la vía aérea y la retirada de la ventilación mecánica son más difíciles.

Conclusión: Los pacientes obesos plantean un particular desafío en el escenario del trauma. Estudios diagnósticos como ECO-FAST y TAC presentan mayor dificultad. Adicionalmente muchos obesos tienen patología cardiorrespiratoria que limita su capacidad de compensación a la lesión y al estrés, del mismo modo la reanimación rápida con líquidos puede exacerbar sus comorbilidades subyacentes comprometiendo el pronóstico vital.

P-11

Pseudoacalasia con megaesófago secundaria a banda gástrica ajustable

Mikel Guerra Lerma, Tamara Moreno, Iratxe Rodeño, Gaizka Errazti, Patricia Sendino, Irene Álvarez, Patricia Mifsut, Yanina Katarinyuk, Jennifer Barredo, Ricardo Ituarte.

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Objetivo: La banda gástrica ajustable ha sido hasta hace unos años una técnica ampliamente utilizada como recurso en cirugía bariátrica. Siendo una cirugía aceptada, aunque actualmente menos utilizada por diversos motivos, es clara la necesidad de control estrecho de estos pacientes ante el riesgo de complicaciones sobre todo a largo plazo, ya sea: deslizamiento, migración, erosión de la banda, y/o problemas del reservorio. Otro problema menos frecuentemente reportado es la dilatación esofágica. Está siendo normalmente leve, es más raro que llegue hasta la aperistalsis y dismotilidad esofágica simulando una acalasia.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 45 años intervenida, en otro centro en el año 2008, de obesidad mórbida colocando una banda gástrica con abordaje laparoscópico. Mantiene controles periódicos hasta hace 3 años cuando deja de acudir a consultas por motivos laborales. Ingresa en medicina interna por astenia e hiporexia de 12 meses, aumento progresivo de disnea y febrícula. Actualmente con IMC 24 y sin según ella presentar disfagia salvo para carne roja. Se realiza TAC (imagen): Hallazgos sugestivos de estenosis-presión excesiva de banda gástrica con marcada dilatación esofágica y esofagitis. Se decide vaciamiento completo de banda y se alta con protector gástrico y esofágico previa comprobación de buena tolerancia oral.

Resultados: Se realiza control en consultas a las 3 semanas. La paciente se encuentra asintomática y tolerando dieta oral con aumento ponderal. Se realiza gastroscopia de control visualizando hernia de hiato y mínima esofagitis por reflujo sin datos de inclusión de la banda. Se completa estudio con tránsito esófago-gástrico visualizando lo anterior y comprobando además una ausencia completa de motilidad esofágica normal (solamente hallando alguna onda terciaria aislada). Dichos hallazgos se confirman mediante manometría. Se decide dados los hallazgos la retirada de la banda gástrica sin realizar por el momento ningún tipo de cirugía bariátrica complementaria.

Conclusiones: A pesar de que está descrita cierta dilatación del esófago tras colocación de una banda gástrica ajustable, la creación de un megaesófago – pseudoacalasia debido a una banda gástrica excesivamente apretada es una complicación inusual. Este hallazgo, puede ser un problema ya sea por posible aspiración pulmonar debido a la regurgitación de alimento o por problemas a largo plazo debido a la alteración de la motilidad esofágica no siempre reversible. Por todo ello, es necesario en estos pacientes el seguimiento minucioso y sistemático a largo plazo.



P-12

Evolución del manejo de la fuga post gastrectomía vertical

Maria Tudela Lerma, Jorge De Tomás, Miguel Angel Steiner, Laura Gómez, Fernando Turégano, Jose María Monturiol.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Analizar el resultado del manejo de las fugas tras gastrectomía vertical (GV) en un centro especializado, así como revisar la evolución del tratamiento de las mismas.

Material y Métodos: Se estudian retrospectivamente todos los pacientes obesos a los que se realizó una GV y presentaron una fuga gástrica entre Febrero de 2008 y Febrero de 2020. Analizamos el tiempo de presentación, el lugar de la fuga, la gravedad de la fuga y el tratamiento proporcionado.

Resultados: Entre los 400 pacientes con GV, 7 (1.75%) desarrollaron una fuga gástrica. La edad media fue de 45,4 años y el índice de masa corporal (IMC) medio fue de 43,8 kg/m². En cuanto a la gravedad, 3 (42,8 %) fugas fueron tipo I y 4 fugas de tipo II (57.14%). Atendiendo al momento de presentación 5 (71, %) fugas lo hicieron de forma aguda, 1 (14,2%) fuga de forma temprana y 1 (14,2%) fuga fue de aparición tardía. La fuga se localizó en el tercio proximal del estómago en 6 pacientes (85,7%) y en el tercio medio y distal en 1 paciente (14,3%). 2 pacientes (28,5%) de los 3 que presentaron la fuga tipo I se manejaron de forma satisfactoria con tratamiento conservador, con sonda nasoyeyunal la primera y con varios dispositivos endoscópicos la segunda (prótesis metálica recubierta, Ovesco y ocluser septal). La tercera fuga tipo I apareció a las 72h de una GV abierta y se trató inicialmente con prótesis recubierta, sonda nasoyeyunal y Ovesco, evolucionando de manera tórpida. Finalmente hubo que hacer una gastrectomía total a los 2 años de la GV. En cuanto a los 4 pacientes restantes, con fuga tipo II, una de ellas se solventó el primer día postoperatorio mediante sutura primaria. Las 3 restantes, precisaron un manejo mixto quirúrgico y endoscópico. La primera sucedió a las 48 h y se trató con drenaje quirúrgico combinado con 2 prótesis recubiertas y un Ovesco con mala evolución, por lo que finalmente se realizó una gastrectomía total a los 7 meses. La segunda fuga sucedió a las 72h de la cirugía y fue tratada con drenaje quirúrgico combinado con 3 prótesis recubiertas y un Ovesco, sin resolución de la complicación, por lo que se realizó un Bypass gástrico al mes de la operación. Por último, la tercera fuga, de origen isquémico en tercio medio y distal de la GV tras ingreso prolongado en la UCI, sucedió después de una hemorragia a las 48h que precisó de cirugía urgente. Posteriormente, las fugas se trataron con Endo-SPONGE satisfactoriamente.

Conclusión: El tratamiento de las fugas post-GV se debe decidir según el estado del paciente y las características de la fuga. Las prótesis endoluminales recubiertas y los clips Ovesco no han ofrecido resultados satisfactorios a largo plazo en el control de las fugas post-GV. Hemos obtenido buenos resultados con las reoperaciones en fístulas tardías aunque es conveniente realizar la intervención precozmente (4-12 semanas post-GV). Los tratamientos alternativos endoluminales como el Endo-SPONGE o el ocluser septal pueden solucionar las fugas cuando fracasen otros métodos.

P-14

Implementación del “Manual para pacientes que van a ser intervenidos de Cirugía Bariátrica” en nuestro centro

M^a De Los Angeles Mayo-Ossorio, José Manuel Pacheco-Garcia, Ander Bengoechea-Trujillo.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivo: La Obesidad es cada vez más prevalen en nuestro medio, y la cirugía bariátrica es el único tratamiento con buenos resultados de pérdida ponderan a largo plazo. La adecuada información a los pacientes es importante para los buenos resultados de la Cirugía.

El Objetivo del presente trabajo es presentar el Manual para pacientes que van a ser intervenidos de Cirugía Bariátrica.

Material y método: Ante el incremento del número de pacientes que acuden a la consulta de Cirugía bariátrica y para intentar mejorar la asistencia, decidimos realizar un manual para pacientes, en el que se reflejan todos los aspectos del proceso asistencial. El Manual está basado en el protocolo del nuestro centro y consta de varios apartados, en formas de preguntas. En el se desarrollan de forma comprensible para los pacientes los siguientes conceptos:

- ¿Que es la Obesidad Morbida y como se mide?
- ¿Que enfermedades se asocian a la Obesidad?
- ¿Que es la cirugía bariátrica?
- Diferentes Técnicas de Cirugía bariátrica. Ventajas e inconvenientes
- Complicaciones de la Cirugía Bariátrica y mortalidad
- Tipo de abordaje
- Circuito del paciente con Obesidad Mórvida
- Postoperatorio Tras cirugía Bariátrica
- Seguimiento del paciente sometido a cirugía bariátrica
- Preguntas frecuentes.

Al final del mismo se incluye una tabla para anotar las medidas antropométricas y una pagina de anotaciones. En la última página se reflejan enlaces web para consulta de pacientes .

El Manual se ha realizado en formato folleto en papel y ha sido aprobado por la junta facultativa de nuestro centro el presente año. Le es proporcionado al paciente en la primera visita a la consulta de Cirugía bariátrica.

Resultados:

El empleo del Manual ha mejorado ostensiblemente la asistencia a estos pacientes ya que ha reducido el tiempo de asistencia a la consulta de cirugía bariátrica permitiendo atender a un mayor número de pacientes por consulta en un menor tiempo, pero garantizando una correcta información del proceso y disminuyendo el grado de ansiedad de los pacientes y la variabilidad entre los profesionales que forman parte de la unidad de cirugía bariátrica.

Discusión: Cada vez son más los pacientes que necesitan Cirugía bariátrica, lo que supone una gran carga asistencial, que hace que la información que hay que dar a los pacientes consuma un gran tiempo en las consultas de Cirugía bariátrica. Por otro lado son varios los profesionales que atienden a los pacientes en las consultas por lo que en ocasiones existe variabilidad en la información a los pacientes, incrementando las dudas y la ansiedad ante la cirugía. Pensamos que el empleo de manuales o folletos informativos contribuye a un mejor calidad en la asistencia a los paciente y por ende mejores resultados tras la cirugía.

P-16

Analgesia multimodal en cirugía bariátrica

Susana Hernández García¹, Elena María Pérez Bergara¹, María Polo Gil², Orreaga Zugasti Echarte¹, Coro Miranda¹, María Concepción Yárnoz¹, Carlos Chaveli¹, Miguel Javier Salvador Bravo¹.

¹Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona;

²Hospital García Orcoyen, Estella.

Beneficios de rehabilitación multimodal: movilización precoz, restauración temprana de vía enteral, alta temprana sin reingreso posterior y especialmente, incremento en satisfacción de los pacientes. Objetivos determinantes en el paciente obeso mórbido, ya que suelen presentar importantes comorbilidades y en quienes las complicaciones postoperatorias son si cabe, más desastrosas.

Objetivos de guías fast-track con analgesia multimodal: reducir dolor postoperatorio, minimizar efectos secundarios de opiáceos y favorecer la recuperación temprana.

Analgesia multimodal incluye: uso de anestésicos locales y adyuvantes analgésicos no opiáceos sistémicos, reduciendo así la dosis de cualquier agente único y consecuentemente sus efectos adversos. Adyuvante analgésico es aquel que “per se” no es un analgésico, aunque puede tener acción analgésica o potenciar la de otro fármaco.

Presentamos nuestra experiencia en el manejo de los pacientes para cirugía bariátrica empleando un protocolo de analgesia multimodal basado en el ahorro opiáceo durante 1 año, comparándolo con un protocolo de anestesia libre de opiáceos.

El protocolo de analgesia con ahorro opiáceo incluía: administración preoperatoria 150 mcg clonidina en planta. Pre-inducción: bolo lidocaína, sulfato de magnesio, ketamina y dexametasona. Mantenimiento anestésico: anestesia inhalatoria, perfusión de lidocaína y sulfato de magnesio, dexketoprofeno asociado a paracetamol. Previa educación, administrábamos 3-4 mg cloruro mórfico. Postoperatorio inmediato en unidad recuperación postanestésica (URPA) 24h, manteniéndose la infusión de lidocaína y magnesio hasta el alta y una perfusión 8 gramos metamizol endovenosa.

El protocolo de analgesia libre de opiáceos que actualmente realizamos, consiste: pre-inducción anestésica, bolo dexmedetomidina (0,5-1 mcg/kg) durante 10 minutos, de lidocaína, sulfato de magnesio, ketamina. Mantenimiento anestésico: perfusión continua dexmedetomidina (0,5-0,6 mcg/kg/min), infusión continua de lidocaína y magnesio con anestesia inhalatoria o total intravenosa según características clínicas del paciente. 8 mg de dexametasona, omeprazol, dexketoprofeno, paracetamol iv y ondansetrón previo a finalizar cirugía. Si anatómicamente es factible realizamos, antes de incisión quirúrgica, un bloqueo interfascial del plano transversal del abdomen ecoguiado. Así mismo, se infiltran las zonas de inserción de los trócares al inicio y al finalizar cirugía con anestésico local. Postoperatorio inmediato, en URPA, con una infusión de 8 gramos de metamizol iv durante 24h. El alta a planta se realiza hacia las 4 horas de ingreso, siempre que no haya complicaciones que requieran cuidados intermedios/críticos.

Los ítems que valoramos son: número pacientes, tipo cirugía realizada, dosis de opioides en intraoperatorio/postoperatorio, EVA a 6, 24 y 48h, presencia de náuseas/vómitos postoperatorios, inicio movilización, inicio tolerancia y alta hospitalaria.

	Analgesia ahorro opiáceos	Analgesia libre de opiáceos
Número pacientes	12	47
Tipo cirugía	11 by-pass/1 tubular	43 by-pass/4 tubular
Dosis morfina intraop. media	4 mg	0 mg
Dosis morfina postop. media	3 mg	0,5 mg
EVA 6-24-48h	4-3-1	3-1-0
Náuseas/vómitos postoperatorios	25%	21%
Movilización/tolerancia oral a 24h	84%	86%
Media días ingreso	5,25	5,6

La analgesia basada en protocolos de ahorro o libre de opiáceos, resulta eficaz en el control del dolor postoperatorio, favoreciendo una recuperación precoz. Los obesos mórbidos son pacientes prototipos para aplicar estos protocolos por su mayor susceptibilidad a los efectos secundarios de los opiáceos. Resaltar la importancia del anestesiólogo en fast-track de cirugía bariátrica.

P-17

Hipoglucemia severa por hernia interna del pie de asa tras bypass gástrico que no precisó cirugía de reconversión: A propósito de un caso

Leonid Omar Carrión Retuerto, Andrea Nonnemacher San Julian, Luis Oliver Garcia, Sofía Moreno Peñuelas, Ginamar El Haddad Jaouiche, Maria Isabel Alarcón González, Begoña Méndez Gómez.
Hospital Virgen del Puerto, Plasencia.

Objetivo: La hipoglucemia tras cirugía bariátrica es una complicación con prevalencia incierta que sufren muchos pacientes de manera leve o severa (alteración del conocimiento, convulsión, pérdida del conocimiento) que inicialmente se trata de manera conservadora. La cirugía de reconversión se plantea como último recurso para aliviar este tipo de síntomas. La existencia de hernias internas, adherencias firmes, malrotación del pie de asa como hallazgos se están comenzando a dar a conocer en la literatura como posible causante de hipoglucemia cuya fisiopatología es desconocida.

Material y Métodos: Presentamos el caso clínico de una mujer de 62 años, con alergia a contraste yodado, DM2, Colon irritable, Intervenido en el 2003 de bypass gástrico laparoscópico en centro privado, complicada por fuga anastomótica gastroyeyunal y posterior fistula gastrointestinal. Eventración en línea media que precisó malla de PPL en 2004, colecistectomía en 2008 con hematoma pélvico posterior resuelto. Cirugía de quiste de ovario e incontinencia urinaria 2 veces. Desde el 2011 es estudiada por endocrino por hipoglucemia postprandial y ejercicio que se ha ido acentuando hasta producir gran limitación de su vida diaria (caminar, conducir e independencia) precisando monitorización continua de glucemia intersticial. Tras descartarse insulinoma, nesidioblastosis y presentar fracasos a restricción total de hidratos de carbono, acarbosa y análogos de somatostatina que se asoció a diazóxido que no toleró por taquicardias e hiperglucemias elevadas se plantea cirugía de reconversión. En los Test de ayuno presenta valles de 50mg/dL con insulina y Péptido C inhibidos. IMC 28.01

Resultados: En agosto del 2019 es programada para reconversión del bypass gástrico. Como hallazgos se encuentra adherencias firmes de toda la cavidad abdominal y hernia interna de prácticamente todo el asa común provocada por mal posición del pie de asa. Tras liberación de adherencias, identificación de todos los componentes del bypass así como remanente gástrico a nivel del cuerpo y antro (no localizamos fundus, probablemente extirpado) procedemos a rehacer el pie de asa mal rotado prácticamente a la misma altura. Buena evolución post operatoria, dando de alta al 4º día. En evolutivo de 6 meses posterior presenta glucemias >120 mg/dL sin tratamiento de DM2 y calidad de vida restablecida a día de hoy, por lo que precisa seguimiento.

Conclusiones: La cirugía de reconversión es el último eslabón terapéutico quirúrgico en la hipoglucemia refractaria a tratamiento conservador. Las adherencias firmes, las hernias internas y las obstrucciones intestinales de intestino delgado pueden asociarse como posible causas de hipoglucemias de fisiopatología incierta que con la resolución de las mismas eviten la reconversión del Bypass gástrico.

P-19

Evaluación del reflujo gastroesofágico tras gastrectomía vertical laparoscópica: ¿Podemos predecir su aparición y evolución?

Jennifer Triguero Cabrera, Mónica Mogollón González, Elena Fernández Segovia, Miguel Moya Ramírez, María Arteaga Ledesma, Carmen Acosta, Yasim Mohammed Mohammed, Manuel Contreras Torres, María Jesús Álvarez Martín, Jesús María Villar Del Moral.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Evaluar la incidencia de reflujo gastroesofágico (RGE) tras gastrectomía vertical laparoscópica (GVL), detectar factores relacionados con su aparición y evaluar su evolución cuando ya estuviera presente preoperatoriamente.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo, unicéntrico, sobre una cohorte de pacientes sometidos a GVL entre Enero 2010-Octubre 2018. Criterios de exclusión: falta de datos y/o seguimiento incompleto.

Se recogieron datos pre y postoperatorios para catalogar la manifestación clínica del RGE, y su expresión en pruebas diagnósticas específicas (endoscopia digestiva alta, esofagograma, manometría y pHmetría).

Se realizó un análisis bivalente para estudiar factores relacionados con la aparición de reflujo postoperatorio, utilizando el test chi-cuadrado de Pearson o Fisher para variables cualitativas, y t de Student o MAnn-Whitney para numéricas.

Las variables cuantitativas fueron expresadas con su mediana y rango intercuartílico, las cualitativas por porcentajes.

El seguimiento mínimo fue de 2 años. El valor de p considerado significativo fue <0,05.

Resultados: 100 pacientes fueron sometidos a GVL. Se excluyeron: 8 pacientes(6,30%) perdidos en el seguimiento, y 9(7,1%) con falta de datos. 83 pacientes fueron incluidos en el estudio.

La tasa de reflujo postoperatorio fue del 25,3%(21), siendo "de novo" en 18 pacientes(21,69%).

8 pacientes(9,64%) presentaban RGE previo a la cirugía, confirmándose hernia hiatal en 2 pacientes, añadiendo hiatoplastia. 5 pacientes mejoraron sus síntomas tras la pérdida de peso (tasa de remisión=62,5%).

Las diferencias en ambos grupos respecto a las variables analizadas fueron:

		Serie global (n=83)	RGE + (n=21)	RGE- (n=62)	p
FACTORES CLÍNICOS	Género femenino	50(60,2%)	12(57,1%)	38(61,3%)	0,799
	Edad(años)	44(38-58)	45(42-52)	44(37,54)	1
	Peso(kg)	136(119-157)	130(117-148)	136(119-164)	0,460
	IMC(kg/m2)	50,55(45-56)	47(45,3-57,8)	51(45,5-55,6)	0,516
	ASA I-II III-IV	23(28,4%) 58(71,6%)	6(28,66%) 15(71,4%)	17(28,3%) 43(71,7%)	1
COMORBILIDADES	HTA	44(53%)	12(57,1%)	32(51,6%)	0,801
	DM tipo II	27(32,5%)	7(33,3%)	20(32,3%)	1
	Dislipemia	27(32,5%)	6(28,6%)	21(33,9%)	0,790
	SAOS	52(62,7%)	12(57,1%)	40(64,5%)	0,606
	Tabaquismo	15(18,3%)	3(15%)	12(19,4%)	0,897
CARACTERIZACIÓN	RGE preoperatorio	8(9,64%)	5(7,9%)	3(15%)	0,966
	IBP preoperatorio	13(16%)	5(26,3%)	8(12,9%)	0,163
	Esofagitis EDA	1(1,2%)	0%	1(1,6%)	0,641

REFLUJO PREOPERATORIO	Tránsito preoperatorio patológico	9(10,8%)	1(4,8%)	8 (12,9%)	0,297
OTROS FACTORES	Helicobacter Pylori +	20(43,3%)	7(41,2%)	22(44%)	0,839
	Morfotipo	18(24,7%)	4(22,2%)	14(25,5%)	0,631
	• Ginecoide	47(64,4%)	13(72,2%)	34(61,8%)	
	• Androide	8(11%)	1(5,6%)	7(12,7%)	
	• Mixta				
	Dieta VLCD	14(17,3%)	2(10%)	12(19,7%)	0,321
	Balón intragástrico	20(25,3%)	5(25%)	15(25,4%)	0,611
FACTORES INTRAOPERATORIOS	Hiatoplastia	7(8,4%)	3(14,3%)	4(6,5%)	0,264
	Calibrado:	22(31%)	5(29,4%)	17(31,5%)	0,872
	• <36F	49(69%)	12(70,6%)	37(68,5%)	
	• >=36Fr				
	Colecistectomía	7(8,6%)	4(20%)	3(4,9%)	0,059

En cuanto a la evolución de los pacientes con RGE postoperatorio, 4 pacientes precisaron cirugía revisional, uno del grupo con RGE preoperatorio. El resto se controló con tratamiento farmacológico.

Conclusiones: Nuestra tasa de RGE postoperatorio se asimila a la del resto de series. En nuestra muestra, no se ha demostrado una relación estadísticamente significativa entre el RGE post y preoperatorio. Ninguno de los factores estudiados nos ayudan a predecir el desarrollo de RGE postoperatorio.

La pérdida ponderal fue suficiente para la remisión del RGE preoperatorio en un 62,5% de los pacientes, siendo superior a otras series.

P-20

Indicadores de calidad tras cirugía bariátrica y criterios de éxito: ¿Cumple la gastrectomía vertical los objetivos?

Mónica Mogollón González, Jennifer Triguero Cabrera, Miguel Angel Moya Ramírez, Irina Palomo, Elena Fernández Segovia, Yasim Mohammed Mohammed, María Arteaga Ledesma, Carmen Acosta, María Jesús Álvarez Martín, Jesús María Villar Del Moral.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Evaluar nuestros resultados tras gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) en términos de éxito o fracaso utilizando los distintos indicadores de calidad propuestos por la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y estudiar los factores relacionados con dicha evolución.

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo, unicéntrico, sobre una cohorte de pacientes sometidos a GVL entre Enero 2010-Octubre 2018. Criterios de exclusión: falta de datos y/o seguimiento incompleto.

La valoración de la pérdida de peso se realizó mediante la evolución del IMC y el cálculo de las siguientes fórmulas: %peso total perdido, %sobrepeso perdido y el exceso de IMC. Se consideró que la cirugía fue eficaz cuando se superó el 50% para las dos últimas fórmulas, al año de la cirugía.

Nuestros resultados se clasificaron según %sobrepeso perdido como:

- Excelentes: $\geq 65\%$.
- Buenos o aceptables: 50-65%.
- Fracasos: $<50\%$.

Las variables cuantitativas fueron expresadas con su mediana y rango intercuartílico, las cualitativas por porcentajes.

Se realizó un análisis bivariante para evaluar la correlación por grupos de IMC con la efectividad de la técnica. El seguimiento mínimo fue de 2 años.

Resultados: 93 pacientes fueron incluidos en el estudio.

Los resultados respecto a la pérdida de peso se muestran en las siguientes tablas:

IMC(kg/m ²)	Intervención quirúrgica	1mes	3meses	6meses	1año	2años	3años
Percentiles:							
25	45,7	40,6	36	33,4	28,8	29,5	30,9
50	50,5	43,5	39,6	37,8	34,5	34,1	33,8
75	56	50	46,2	42,4	39,3	40,8	39,8

%peso total perdido	Intervención quirúrgica	3meses	6meses	1año	2años	3años
Percentiles:						
25	8,3	15,8	21,3	26,1	25	20,9
50	10,6	18,5	25	33,8	32,6	33,9
75	15,1	21,5	29,4	38,8	42,5	40,2

%sobrepeso perdido	Intervención quirúrgica	3meses	6meses	1año	2años	3años
Percentiles:						
25	15,7	29,9	40,9	53,7	47,9	41,9
50	19,6	35,8	47,2	65,2	65,6	62,3
75	30	46,1	59,3	79,7	83,9	76,8

%exceso IMC	Intervención quirúrgica	3meses	6meses	1año	2años	3años
-------------	-------------------------	--------	--------	------	-------	-------

Percentiles:						
25	16,3	28,8	41,4	52,6	48,3	44,1
50	20,9	36,1	48	65,3	67,5	66,5
75	29,8	46,1	61,8	80,8	81,6	76,8

Las tablas se acompañarán de gráficos de percentiles.

La cirugía fue eficaz en el 76,8% de los pacientes según % de sobrepeso perdido y en el 80% según % de exceso de IMC al año.

La distribución según grado de eficacia año año fue:

- Excelentes: 53,6%.
- Aceptable: 25%.
- Fracaso: 21%.

Agrupando pacientes por IMC preoperatorio (35-39,9; 40-49,9; ≥ 50 kg/m²), obtuvimos una relación estadísticamente significativa entre dicha variable y los resultados de la cirugía medidos por las anteriores fórmulas ($p < 0,05$). En los pacientes con IMC ≥ 50 , se obtuvo mayor fracaso de la GVL.

Conclusiones: Nuestros resultados cumplen los objetivos propuestos teniendo en cuenta los estándares de calidad actualmente propuestos por las distintas sociedades. La publicación de nuestros resultados se ha realizado en forma de tablas y gráficos de percentiles, con el objetivo de contribuir a la estandarización de los mismos y facilitar su comparación.

En nuestra muestra los pacientes con IMC más altos, muestran más fracasos tras GVL, por lo que consideramos necesario un seguimiento más estrecho de este grupo.

P-21

Derivación biliopancreática: Primeros datos de seguimiento a 20 años en Cantabria

Bryan Francois Rodriguez Montalvan, Maria Isabel Alvarez Schettini, Luis Alberto Vázquez Salvi, Ricardo Batanero Maguregui, Carlos Higinio Ortega Sanchez, Gabriela Zapata Maldonado, Coral Montalban Carrasco.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: La cirugía de la obesidad comenzó a generalizarse en España hace poco más de 2 décadas. La derivación biliopancreática (DBP) se postuló, entre otros, para pacientes con IMC más elevado, aunque el perfil del paciente ideal, la efectividad y la seguridad a largo plazo no eran bien conocidas. Ya existe bastante información de seguimiento a 10 y más años, pero no hay muchos datos tras 20 años en nuestro medio.

Objetivos: Evaluar los principales datos de efectividad y complicaciones a largo plazo de los primeros pacientes intervenidos mediante DBP en Cantabria: exceso de peso perdido, mortalidad y principales complicaciones.

Material y Métodos: Evaluación retrospectiva de los 38 pacientes a los que se le realizó DBP (asa común 50-75 cm, asa alimentaria 200-250 cm, gastrectomía 2/3-3/4) en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla durante el año 2000 y a los que se realizó un seguimiento en este centro mínimo de un año.

Resultados: El seguimiento medio posterior a la intervención fue de 16,18 años (14,5-17,9). El 73,3% fueron mujeres y la edad media en el momento de la intervención fue 40 años (36,6-43,2). A los 20 años se consiguió mantener una pérdida de exceso de peso del 63,87% (55,4-72,3). En este tiempo 6 pacientes (15,8%) han fallecido (2 casos por causas relacionables con la cirugía tras 14 y 16 años), otros 2 han precisado cirugía mayor por complicaciones de la DBP y un 13,2% han necesitado cirugía de alargamiento de asa. Las comorbilidades más frecuentes presentes al final del seguimiento fueron deficiencias de hierro, vitaminas liposolubles, B12 y osteoporosis; 3 pacientes precisan suplementos de macronutrientes y todos los pacientes en seguimiento activo precisan suplementos micronutricionales.

Conclusiones: Tras 20 años de seguimiento, los pacientes con obesidad tratados con DBP consiguen mantener un descenso de peso muy significativo, pero con la contrapartida de riesgo importante de deficiencias nutricionales, algunas de ellas graves, por lo que parece necesario un seguimiento de por vida en una consulta especializada.

P-24

La perforación duodenal y la torsión tardía de la anastomosis yeyuno-yeyunal; dos complicaciones poco frecuentes tras bypass gástrico en una misma paciente

Ainhoa Andres Imaz, Ainhoa Echeveste Varela, Laura Martí Gelonch, José Ignacio Asensio Gallego, Emma Eizaguirre Letamendia, Javier Murgoitio Lazcano, Alba García Trancho, José María Enríquez Navascués.
Hospital Universitario Donostia, Donostia.

Objetivos: Realizar una revisión acerca de la perforación duodenal y de la obstrucción por torsión de la anastomosis yeyuno-yeyunal en pacientes con antecedente de bypass gástrico laparoscópico (BPGL).

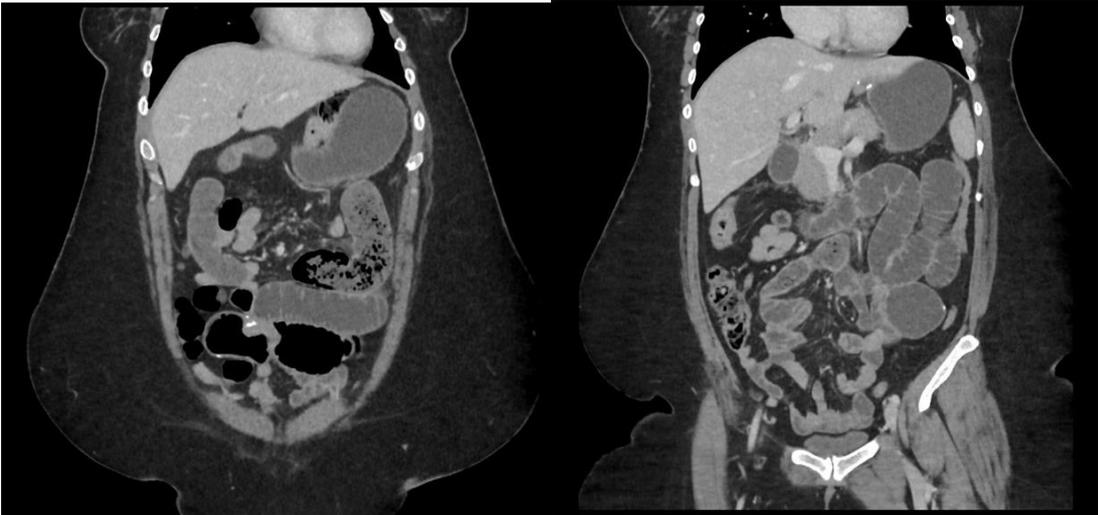
Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 39 años intervenida de BPGL y colecistectomía concomitante. H. pylori erradicado previamente y con un IMC de 44 (IMC mínimo alcanzado al 24º mes 34). Tras 5 años de la cirugía consulta en urgencias por dolor epigástrico súbito e intenso de 2h de evolución, con signos de irritación peritoneal. Hemodinámicamente estable, afebril, sin alteraciones analíticas y con mínimos cambios inflamatorios en la grasa mesentérica como único hallazgo en la tomografía computerizada (TC). Ante la intensidad del dolor, se decide laparoscopia urgente con hallazgo de perforación de 1,5cm en cara anterior de bulbo duodenal. Se realiza biopsia del borde de la perforación y sutura primaria con epiploplastía. Dada de alta el 5º día postoperatorio (PO) sin complicaciones y con tratamiento indefinido con IBPs.

Al año consulta nuevamente en urgencias por dolor epigástrico de 24h de evolución junto con vómitos y leve dolor a la palpación localizada. Hemodinámicamente estable, afebril y sin alteraciones analíticas. Se realiza TC urgente compatible con obstrucción intestinal secundaria a hernia interna con dilatación del remanente gástrico y asa biliopancreática (ABP) hasta pie de asa (Figura 1 y 2). Se decide laparoscopia urgente con hallazgo de torsión del pie de asa secundaria a dilatación de cabo ciego del ABP, condicionando una hernia interna a través del defecto mesentérico de la yeyuno-yeyunostomía. Se procede a la recolocación de las asas, resección del cabo ciego elongado y cierre del defecto mesentérico. Dada de alta el 5º día PO sin complicaciones.

Resultados: La úlcera perforada del segmento excluido tras BPGL es una complicación tardía muy rara (< 0,25%). La fisiopatología no está bien establecida. Su diagnóstico es difícil por su baja incidencia, clínica larvada, pocas alteraciones analíticas y radiológicas (característicamente sin neumoperitoneo). El manejo debe ser urgente y quirúrgico mediante cierre primario y epiploplastía, preferiblemente laparoscópico. El tratamiento definitivo no está estandarizado (resección del remanente gástrico vs IBPs indefinidamente).

Las hernias internas son la causa más frecuente de obstrucción intestinal tras cirugía bariátrica laparoscópica. Sin embargo, la torsión del pie de asa es poco común, más frecuente en el postoperatorio. La sospecha clínica es importante ya que la dilatación del ABP, al ser un asa cerrada, puede complicarse precozmente. El manejo debe ser urgente y quirúrgico, frecuentemente mediante reconstrucción de la anastomosis y gastrostomía de descompresión si precisa. La fijación de las asas entre sí en una zona proximal a la anastomosis puede prevenir la torsión.

Conclusiones: Ante un paciente obeso y/o con antecedente de cirugía bariátrica que presenta una complicación, es frecuente la discordancia entre la clínica y la gravedad del cuadro. Esto, junto con la menor reserva funcional que tienen, nos obliga a adoptar una actitud proactiva ante cualquier sintomatología, siendo imprescindible un alto índice de sospecha y bajo umbral para solicitar pruebas complementarias y/o optar por una exploración laparoscópica precoz.



P-25

Conversación de gastroplastia vertical anillada tipo masón a gastrectomía vertical. A propósito de un caso

Ander Bengoechea Trujillo¹, Maria De Los Ángeles Mayo Ossorio², José Manuel Pacheco Garcia¹.

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cadiz;

²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Presentamos el caso de un paciente varón de 55 años intervenido de GVA tipo Mason hace 20 años, con reganancia ponderal progresiva y remitido a nuestra unidad para valoración de nueva cirugía bariátrica. Tras realizar protocolo y pruebas complementarias se realiza gastrectomía vertical laparoscópica como cirugía de conversión.

Caso clínico: Varón de 55 años con AP de DLP y DM2, intervenido de gastroplastia vertical anillada tipo Mason hace 20 años mediante abordaje laparotómico, con pérdida ponderal satisfactoria en los primeros 5 años. Posteriormente reganancia ponderal progresiva hasta el momento actual que presenta un IMC de 61 sin otra sintomatología asociada. Es valorado en consultas de endocrinología y completado el protocolo hospitalario para cirugía de la obesidad y remitido nuestra unidad de cirugía bariátrica. Se solicita endoscopia digestiva alta y EGD en donde se demuestra posible fistula gastrogástrica del grapado previo. Es intervenido por vía laparoscópica encontrando una gran fibrosis a nivel de hiato esofágico dónde se encuentra malla previa, así como una dehiscencia de la línea de grapado anterior. Se realiza endoscopia intraoperatoria confirmándose una zona compatible con anilla y dehiscencia completa del grapado vertical superior a la banda. Ante estos hallazgos se realiza conversión a gastrectomía vertical asistida mediante endoscopia con refuerzo de línea de grapado con Seamguard. Presentó un post-operatorio favorable con inicio de tolerancia a líquidos a las 24 horas siendo dado de alta al tercer día con buena tolerancia oral. Actualmente con pérdida de peso progresiva satisfactoria y con dieta blanda a los 3 meses tras la revisión.

Conclusiones: La cirugía de conversión de la cirugía bariátrica es un procedimiento cada vez más realizado en todo el mundo ya sea por fracaso/reganancia ponderal o por complicaciones asociadas a la técnica primaria. La gastroplastia vertical de Mason fue un procedimiento muy utilizado en España durante los años 90, realizándose principalmente mediante abordaje laparotómico. Las complicaciones asociadas a la técnica como la disfagia y el reflujo gastro esofágico, así como el fracaso y/o reganancia ponderal asociada a la técnica han eliminado esta cirugía como técnica bariátrica.

La cirugía de conversión es compleja y debe realizarse en centros con alto volumen y por cirujanos con experiencia. Ésta puede realizarse a By-Pass gástrico, cruce duodenal o a gastrectomía vertical, teniendo en cuenta siempre, la causa de la conversión, comorbilidades del paciente, así como estado intraoperatorio del campo quirúrgico y de los grapados y del cerclaje.

Como el paciente no presentaba RGE y al presentar dehiscencia completa de la línea de grapado previo, se decidió conversión a gastrectomía vertical mediante abordaje laparoscópico a pesar de la laparotomía previa.

P-27

Calidad de vida en pacientes intervenidos de bypass gástrico hace más de tres años en nuestro centro

Luis Oliver García, Maria Pierre Barea, Sofia Moreno Peñuelas, Leonid Omar Carrión Retuerto, Andrea Nonnemacher Sanjulián, Ginamar El Haddad Jaouiche, Jose Manuel Heredero López, Miguel Ángel Benito Persona, Maria Isabel Alarcón González, Ingrid Roselia Ávila Alarcón.
Hospital Virgen del Puerto, Plasencia.

Objetivos: El objetivo del estudio es valorar la repercusión de la cirugía bariátrica en la calidad de vida de los pacientes intervenidos de bypass gástrico por obesidad mórbida, que se operaron hace más de tres años en nuestro centro.

Material y métodos: Se intervinieron 65 pacientes de bypass gástrico entre 2013 y 2016 en nuestro centro, se consigue contacto telefónico con 49 pacientes (75,38%), que forman la muestra de nuestro estudio, de ellos, 77,55% son mujeres y 22,45% hombres. Se intervino el 14,28% en 2013, el 38,77% en 2014, el 24,49% en 2015 y el 22,45% en 2016. La calidad de vida fue valorada con el test de Moorehead-Ardelt II, en el que se evalúan las siguientes esferas: Autoestima, actividad física, relaciones sociales, actividad laboral y ámbito sexual. El paciente debe elegir una de las siguientes respuestas: Muy bien, bien, normal, mal o muy mal, para cada una de las esferas referidas. Dependiendo de las respuestas del cuestionario, se obtiene una puntuación numérica entre -3 y 3.

Resultados: El 83,67% de los pacientes refirieron que se encontraban bien o muy bien, en las diferentes dimensiones del cuestionario de calidad de vida. Los mejores resultados se obtuvieron en el ámbito social (el 93,88% de los pacientes contestó que se encontraba bien o muy bien), seguido de la autoestima (91,84%), actividad laboral (83,67%) y actividad física (79,59%), la dimensión en la que se obtuvieron peores resultados fue en el ámbito sexual (69,63%). La puntuación numérica media obtenida fue de 1,93, habiéndose obtenido mejores resultados en mujeres: 1,99, que en hombres: 1,70.

	Muy bien	Bien	Normal	Mal	Muy mal
Autoestima	27 (55,10%)	18 (36,73%)	3 (6,12%)	1 (2,04%)	0
Act. Física	24 (48,98%)	15 (30,61%)	7 (14,29%)	3 (6,12%)	0
Social	29 (59,18%)	17 (34,64%)	3 (6,12%)	0	0
Act. Laboral	24 (48,97%)	17 (34,64%)	2 (4,08%)	1 (2,05%)	5 (10,20%)
Ámb. Sexual	19 (38,77%)	15 (30,61%)	8 (16,33%)	5 (10,20%)	2 (4,08%)

	Bien o Muy bien	Normal	Mal o Muy mal
Autoestima	45 (91,84%)	3 (6,12%)	1 (2,04%)
Act. Física	39 (79,59%)	7 (14,29%)	3 (6,12%)
Social	46 (93,88%)	3 (6,12%)	0
Act. Laboral	41 (83,67%)	2 (4,08%)	6 (12,24%)
Ámbito sexual	34 (69,39%)	8 (16,33%)	7 (14,29%)

Conclusiones: La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio han obtenido un buen resultado en el cuestionario de calidad de vida, habiendo transcurrido más de tres años desde la intervención quirúrgica. Los mejores resultados se obtuvieron en los ámbitos social y autoestima, y los peores resultados en el ámbito sexual.

P-28

Trasplante hepático por fallo hepático fulminante tras cirugía de derivación biliopancreática

Ana Almeida¹, Patricia Ahechu¹, Juan Luján¹, Sara Esteban¹, Daniel Aliseda¹, Carlota Jordán¹, Carolina Perdomo², Rafael Moncada¹, Fernando Rotellar¹, Víctor Valenti¹.

¹Clínica Universidad de Navarra, Pamplona;

²Hospital de Navarra, Pamplona.

La obesidad mórbida es un factor de riesgo para numerosas enfermedades, siendo la esteatosis hepática una entidad frecuente con una incidencia de hasta un 80% (en ascenso). Aunque el tratamiento quirúrgico es eficaz en la reducción del peso, no está exento de riesgos y sus efectos sobre la función del hígado han suscitado controversia en la literatura. Presentamos el caso de una paciente intervenida de cirugía bariátrica que desarrolló un fallo hepático fulminante y que requirió trasplante hepático urgente con reversión de la cirugía bariátrica.

Material y método: Mujer de 44 años, intervenida en septiembre de 2018 de bypass gastro-ileal simplificado por obesidad grado II (IMC:36,45 kg/m²) asociada a esteatosis hepática e hipercolesterolemia. A los 9 meses con buena pérdida ponderal de hasta un 30% de IMC, presenta cuadro de insuficiencia hepática aguda descartándose causas infecciosas, autoinmunes, metabólicas y tóxicas. Se maneja con medidas de soporte, asistencia nutricional y N-acetilcisteína.

Resultados: Tras una semana de hospitalización progresa a fallo hepático fulminante requiriendo en un mismo tiempo trasplante hepático de donante cadáver y reversión de bypass deshaciendo el componente malabsortivo y reconstruyendo el tránsito a su situación original con anastomosis gastro-gástrica. El postoperatorio transcurrió con normalidad sin complicaciones asociadas y con una mejoría clínica satisfactoria. La anatomía patológica de la pieza explantada demostró alteración de la arquitectura del parénquima pancreático con múltiples focos de necrosis y esteatosis macro vesicular.

Conclusiones: Las diversas técnicas de cirugía bariátrica que se realizan en la actualidad son técnicas seguras que produce una mejoría de las alteraciones metabólicas e histológicas de la esteatohepatitis, si bien en los últimos años se han publicado casos aislados de fallo hepático fulminante. El tratamiento de elección en estos casos además del nutricional y médico, debe ser el trasplante hepático con restablecimiento de la anatomía intestinal. Debido a que no está clara su posible relación con la progresión de una esteatohepatitis preexistente, o con la presencia de otros factores favorecedores relacionados con la cirugía tales como el grado de malabsorción y desnutrición, se recomienda monitorización estrecha de la función hepática en el manejo de paciente obeso antes y después de la cirugía bariátrica unido a un aporte nutricional adecuado.

P-29

Cardiopexia del ligamento redondo como técnica antirreflujo en pacientes con hernia de hiato y lesiones gástricas premalignas candidatos a gastrectomía vertical laparoscópica

Javier Martínez Caballero, Antonio Suárez Ramos, Isabel Castel De Lucas, Lucía González González, Pilar Del Pozo Elso, Ana Pérez Zapata, Elías Rodríguez Cuéllar, Pilar Gómez Rodríguez, Eduardo Ferrero Herrero, Felipe De La Cruz Vigo.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivo: mostrar nuestra experiencia en la utilización de la cardiopexia de ligamento de redondo o ligamento de Teres (CLR) como técnica antirreflujo en pacientes obesos con hernia de hiato (HH) y lesiones gástricas premalignas candidatos a gastrectomía vertical laparoscópica (GVL).

Material y métodos: estudio descriptivo prospectivo, entre marzo de 2018 y octubre de 2019, se intervinieron a cinco paciente mediante GV con CLR asociada. La indicación de la GVL se realizó en 3 pacientes con gastritis crónica atrófica (GCA), uno por GCA y enfermedad de Crohn y un caso por metaplasia intestinal. El diagnóstico e indicación del tratamiento quirúrgico de RGE se estableció en base a la presencia de síntomas cardinales, tratamiento con IBPs o diagnóstico de una HH pre/intraoperatoria. El objetivo principal es la mejoría de los síntomas y/o la reducción de IBPs o la ausencia de reflujo en la pHmetría de 24 horas. Las complicaciones se describen según la clasificación de Clavien-Dindo.

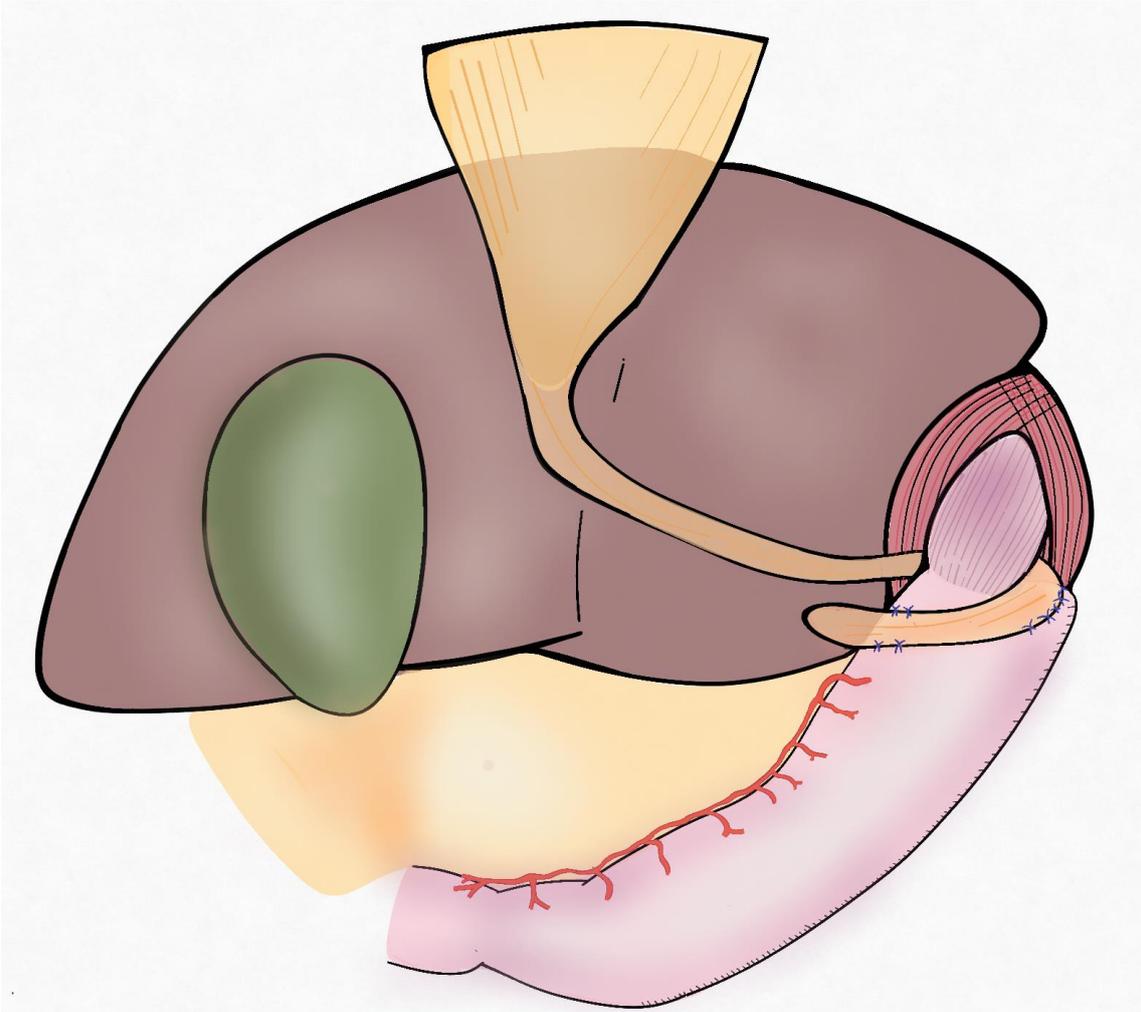
Técnica quirúrgica: Se realizó la reducción de la HH y el cierre de los pilares sin utilizar malla en ningún caso. Tras realizar la GV sobre una sonda de 34Fr, se desinserta el ligamento redondo de su inserción umbilical, utilizando un dispositivo de energía, y asegurando el adecuado aporte vascular desde el hígado. El LR rodea la UGE 360º en sentido postero-anterior para fijarlo a la borde de sección de la plastia, a la curvatura menor y sobre sí mismo, para evitar el desplazamiento, con la intención de modificar el ángulo de Hiss.

Resultados: Se intervinieron cuatro mujeres y un hombre, con una edad media de 53,8±5,3 años e IMC medio de 43,78±6.09 kg/m². Todos los pacientes fueron diagnosticados de HH antes o durante la intervención. Tres pacientes presentaban síntomas de RGE y tratamiento con IBPs preoperatoriamente, uno de ellos con omeprazol 20mg/12h por esofagitis grado A (clasificación de los Ángeles).

En un caso, en el postoperatorio precoz, se procedió al desmontaje de la pexia tras presentar regurgitación, intolerancia oral y disfagia secundarios a una estenosis relativa a nivel de la plastia con enlentecimiento de paso del contraste. Finalmente, se realizó una conversión a BPGYR laparoscópico por persistencia de los síntomas. De los 4 pacientes restantes, una paciente rechazó realizarse las pruebas postoperatorias.

Se logró la remisión clínica completa (asintomáticos sin tratamiento con IBPs) de reflujo en tres de los cinco pacientes, sin apreciarse datos de RGE en la pHmetría 24h. En un caso persistió la clínica (dispepsia) precisando omeprazol 40mg/12h, en relación con la presencia de RGE asociado a una recidiva de la HH por deslizamiento. Tres pacientes tuvieron un curso postoperatorio normal con una estancia hospitalaria media de 2 días, una paciente tuvo fiebre (grado I) con estancia de 3 días y una paciente precisó dos reintervenciones (grado IIIb) con una estancia hospitalaria de 18 días.

Conclusión: Nuestra experiencia no ha sido insatisfactoria pero no es concluyente. Se necesitan más estudios con mayor tamaño muestral para evaluar la CLR y otras alternativas terapéuticas como técnica antirreflujo en estos pacientes.



P-31

¿Ha influido el confinamiento por Covid19 en la pérdida ponderal prequirúrgica en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica?

Belén Matías-García¹, Alejandro García Muñoz-Najar², Carlos Ferrigni-González², Leire Zaráin-Obrador², Ana Torres-Alemán², Camilo Castellón-Pavón², Belén Manso-Abajo², Beatriz Laíz-Díez², César Lévano-Linares², Manuel Durán-Poveda².

¹Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares;

²Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

Objetivos: La pérdida de peso preoperatoria mejora los resultados de la cirugía bariátrica en cuanto a una mayor pérdida de peso a largo plazo. Además, reduce el volumen hepático y grasa abdominal y, consecuentemente, facilita la intervención. Todos nuestros pacientes siguen una dieta previa a la cirugía durante 15 días basada en suplementos hiperproteicos e hipocalóricos. El confinamiento de la población en sus hogares debido a la COVID-19 disminuyó la actividad física en la población, lo que puede haber influido en la pérdida ponderal prequirúrgica. Nuestro objetivo es analizar si existen diferencias en la pérdida de peso prequirúrgica en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica durante los meses de pandemia por coronavirus SARS-COV-2 respecto al mismo periodo del año anterior.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el periodo de un año desde el inicio de la pandemia por coronavirus SARS-COV-2 (11 de marzo 2020, según la Organización Mundial de la Salud) y los pacientes intervenidos en el mismo periodo el año anterior en nuestro centro (área 3 de salud, 180.000 habitantes). Se estudiaron y fueron analizadas las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidades (HTA, DM, DL, SAOS), IMC inicial, IMC prequirúrgico, porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP), porcentaje de peso total perdido (%PTP) y días en lista de espera quirúrgica (LEQ). Los datos fueron tabulados y analizados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistic versión 25. En el caso de las variables categóricas se calculó la proporción de cada variable con respecto al total de pacientes. Para las variables cuantitativas se estudiaron el promedio y la desviación estándar. Para comparar medias se utilizó la prueba T-Student en variables paramétricas y la prueba U de Mann-Whitney en variables no paramétricas.

Resultados: Se recogieron un total de 271 pacientes, de los cuales 29 pacientes fueron excluidos por indicación quirúrgica distinta a la pérdida de peso (cirugía de conversión por enfermedad por reflujo esofagagástrico, degastrogastrectomía, etc.). De un total de 242 pacientes, 69 pacientes fueron intervenidos durante un año tras la declaración de pandemia por COVID19 (grupo 2) y 173 fueron intervenidos en el año previo (grupo 1). Ambos grupos son homogéneos y por tanto comparables. Las características epidemiológicas y los resultados ponderales se muestran en la siguiente tabla:

	Grupo 1 (n=173)	Grupo 2 (n=69)	P valor
Edad	45,03±9,41	47,55±10,52	0,07
Sexo			
Hombres (%)	58 (33,5)	19 (27,5)	0,37
Mujeres (%)	115 (66,5)	50 (72,5)	
HTA (%)	74 (42,8)	26 (37,7)	0,46
DM (%)	42 (24,3)	17 (24,6)	0,95
DL (%)	59 (34,1)	22 (31,9)	0,76
SAOS (%)	145 (83,8)	57 (82,6)	0,82
IMC Inicial	43,34±5,87	43,40±6,11	0,94
IMC prequirúrgico	41,26±5,71	41,85±5,71	0,32
%EPP	11,65±8,45	8,12±11,13	0,019
%PTP	4,76±3,37	3,45±4,37	0,028
Días en LEQ	66,8±36,81	185,7±76,12	0,000

Conclusiones: El confinamiento de los pacientes obesos derivado de la situación de pandemia por coronavirus SARS-COV-2 ha provocado que el %EPP y el %PTP previo a la intervención quirúrgica, sea menor en estos pacientes de forma estadísticamente significativa en comparación con aquellos que fueron intervenidos en periodos previos a la pandemia.

P-32

Pérdida ponderal en pacientes intervenidos de by-pass gástrico versus gastrectomía vertical: Resultados a largo plazo

Ainhoa Echeveste Varela, Laura Martí Gelonch, Ainhoa Andrés Imaz, Emma Eizaguirre Letamendia, José Ignacio Asensio Gallego, Itziar De Ariño Hervás, María Iraola Fernández De Casadevante, Alba García Trancho.
Hospital Donostia, San Sebastián.

Objetivos: Las dos técnicas más utilizadas en el tratamiento quirúrgico de la obesidad son el by-pass gástrico laparoscópico (BPGL) y la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL). A corto-medio plazo ambas técnicas han demostrado significativamente conseguir una reducción del peso, existiendo pocos estudios a largo plazo. El objetivo del estudio es comparar los resultados a largo plazo (8 y 10 años) de pérdida de peso, en términos de porcentaje de IMC perdido (PIMCP) y porcentaje de exceso de IMC perdido (PEIMCP) entre BPGL y GVL.

Material y Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo unicéntrico sobre una base de datos de todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre 2011-2013. Los datos de peso a 8 y 10 años han sido recogidos a partir de informes médicos o telefónicamente.

Todos los pacientes fueron sometidos al Comité Multidisciplinar e intervenidos de BPGL o GVL según IMC, comorbilidades y hábitos alimentarios, por el mismo equipo quirúrgico.

Los criterios actuales de éxito de cirugía bariátrica consideran resultado excelente un PEIMCP > 65%, bueno entre 50-65% y fracaso si < 50%.

Para el análisis estadístico se ha empleado el programa IBM-SPSS 21.0. Se han descrito las variables mediante media y desviación estándar, realizándose una prueba T de Student para muestras independientes.

Resultados: 172 pacientes fueron intervenidos de cirugía bariátrica entre 2011-2013. De éstos, 92 (53,4%) fueron sometidos a BPGL y 80 (46,5%) a GVL. Las características demográficas de los pacientes en relación con edad, sexo, IMC inicial, riesgo ASA y comorbilidades no presentaron diferencias significativas entre ambos grupos.

En el estudio actual se recogieron datos a 8 años de la cirugía de 158 pacientes, 81 BPG (51,3%) y 77 GVL (48,7%); no constan datos de 14 pacientes por fallecimiento o pérdida de seguimiento. Los resultados obtenidos en cuanto a éxito de la cirugía bariátrica son; 36 pacientes (22,78%) presentan un resultado excelente, 30 (18,99%) bueno y en 92 (58,23%) fracaso de la cirugía.

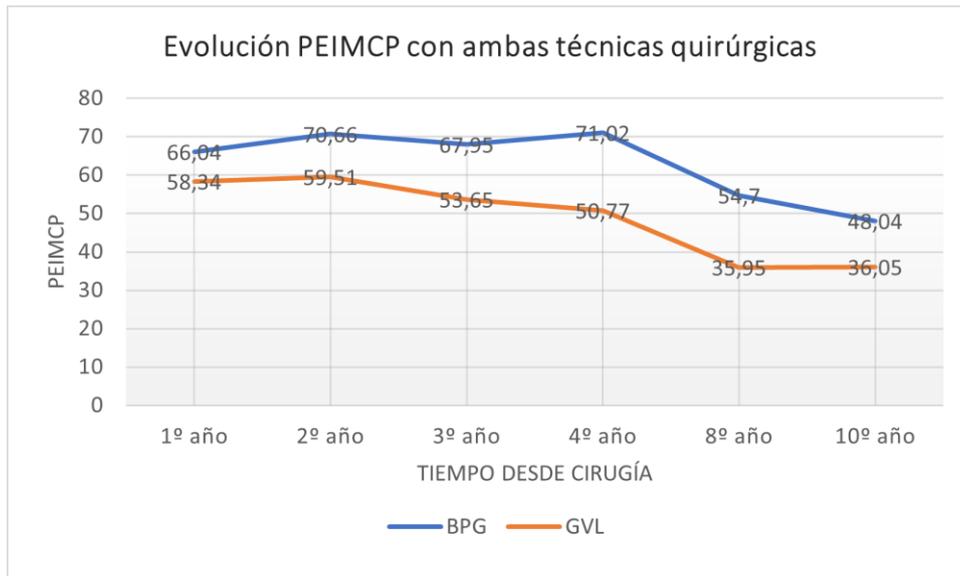
A 10 años el número es de 40 pacientes, siendo 20 BPG (50%) y 20 GVL (50%), por incluirse solo pacientes intervenidos en 2011. Los resultados sobre el éxito de la cirugía son de 10 pacientes (25%) con resultado excelente, 6 (15%) bueno y 24 (60%) con fracaso de la cirugía bariátrica.

Las medias de PEIMCP a 8 años fueron BPGL 54,7% y GVL 35,95%, objetivándose una diferencia estadísticamente significativa a favor del BPGL, presentando mejores resultados (Tabla 1).

A 10 años el PEIMCP del BPG fue 48,04% mientras que la GVL fue 36,05%, mostrando diferencias a favor del BPGL, pero sin alcanzar significación; podría explicarse por un "n" pequeño.

Conclusiones:

- En este estudio se objetiva que los pacientes sometidos a BPGL mantienen una pérdida ponderal superior a largo plazo comparando con los sometidos a GVL.
- Cabe destacar que en ambos grupos existe recuperación de peso a largo plazo con tasa de fracaso de la cirugía cercana al 50%.
- Es necesario el seguimiento de estos pacientes por un equipo multidisciplinar a largo plazo, con intención de mantener los resultados iniciales de pérdida ponderal.



P-34

Encefalopatía de Wernicke y polineuropatía periférica como secuelas de la cirugía bariátrica

Manuel Medina García, Débora Acín Gándara, Elena Ruiz Úcar, Fernando Pereira Pérez.

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Objetivos: Presentar una de las complicaciones más frecuentes y poco reseñadas en los pacientes sometidos a una Cirugía Bariátrica

Material y Métodos: La Cirugía Bariátrica implica varios mecanismos que pueden desencadenar importantes déficits nutricionales: disminución de la ingesta, malabsorción, deficiencias de suplementación vitamínica, complicaciones agudas y subagudas que cursan con intolerancia digestiva, y agravamiento de deficiencias previas a la intervención quirúrgica.

Suelen aparecer en periodos tardíos, a veces en etapas de poco seguimiento, y sus manifestaciones clínicas pueden ser poco llamativas y alejadas de la sintomatología digestiva

La encefalopatía de Wernicke-Korsakov es la manifestación de una deficiencia de vitamina B1 (Tiamina), asociada frecuentemente a pacientes alcohólicos y malnutridos, que cursa con alteraciones de la conciencia, inestabilidad de la marcha, nistagmo y oftalmoplejía.

En los pacientes bariátricos, cuando ocurre puede presentarse inicialmente en forma de polineuropatía periférica y en casos más severos, llevar a una insuficiencia cardíaca congestiva grave.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y debe instaurarse el tratamiento lo más precozmente posible con un complejo vitamínico que incluya B1.

Presentamos dos pacientes que desarrollaron una polineuropatía y manifestaciones extraneurológicas en diferente grado de severidad, en el postoperatorio tardío de un bypass gástrico.

Resultados:

- Varón de 48 a. con IMC de 45kg/m², HTA, DL, SAOS, DM2 y ERGE y al que se realizó un BPGY con reintervención posterior por isquemia del reservorio gástrico y estenosis esofagoyeyunal que condicionó en los meses siguientes una mala tolerancia oral y vómitos frecuentes

Acudió en Urgencias a los 6 meses por caída accidental, refiriendo debilidad en las EEII e inestabilidad en la marcha desde varios días atrás. En la exploración neurológica destacaba una marcha atáxica con debilidad axial, aunque no presentaba alteraciones oculares ni de conciencia

Ingresó con diagnóstico de sospecha de encefalopatía de Wernicke, instaurándose soporte nutricional y reposición específica de B1 por vía iv. Se realizó RMN y EMG apreciándose una polineuropatía sensitivo motora axonal moderada-importante. Tras la mejoría clínica fue dado de alta pendiente de seguimiento en consulta, que no llegó a realizarse ya que a los 15 días el paciente falleció en su domicilio por una parada cardiorrespiratoria de probable origen isquémico.

- Varón de 56 a., con IMC de 39kg/m², DL, DM2 y SAOS al que se realizó un BPGY con buena evolución y alta al 3º DPO sin complicaciones. Refería en las revisiones intolerancia a algunos alimentos aunque creía mantener una ingesta oral adecuada. En la revisión de los 6 meses presentaba temblor y debilidad en manos y MMII, aunque sin inestabilidad ni otra sintomatología neurológica.

Se le precribieron por vía oral suplementos de B1 (Hidroxil B1-B6-B12), desapareciendo la sintomatología de forma completa.

Conclusiones:

- El déficit de B1 es la causa más frecuente de polineuropatía tras una cirugía bariátrica
- Su pronóstico es variable, dependiendo de la severidad y del tiempo de evolución.
- Es fundamental un seguimiento nutricional estrecho para evitar los déficits vitamínicos y carenciales, sobretudo si hay problemas de tolerancia oral

P-35

Nuestra matriz temporal para cirugía bariátrica y metabólica

Aitana García Tejero, Silvia Aguas Blasco, Natalia Pérez Serrano, Adrián Herrero Fabregat, Ana Rodríguez Pérez, Serafín Andrés Pérez.

Hospital San Pedro de la Rioja, Logroño.

Objetivos: El diseño, implementación y mantenimiento de protocolos y vías clínicas precisa de personas formadas y motivadas que fomenten el trabajo en equipo y el cumplimiento de las medidas definidas para cada proceso.

Resulta definitivo la creación de documentos completos, accesibles, redactados y consensuados por equipos multidisciplinares, que estandaricen las distintas pautas de diagnóstico y tratamiento, y sirvan como herramientas facilitadoras en la atención sistematizada.

Material y Métodos: Presentamos nuestra matriz temporal perioperatoria expuesta en planta de hospitalización de Cirugía General para Cirugía Bariátrica y Metabólica. Dada su sencillez y fácil visualización permite su entendimiento y cumplimiento por todo el personal sanitario implicado en la asistencia de estos pacientes, hecho clave en la búsqueda de seguridad y calidad en nuestra práctica diaria.

Resultados: Tras el análisis de su efectividad en los primeros 80 pacientes de nuestra serie a través de los indicadores de proceso y resultado establecidos en nuestros objetivos, los datos obtenidos son satisfactorios, con cumplimiento de la vía en un 98.3 %, mortalidad del 0% y morbilidad del 3%.

Conclusiones: Los planes asistenciales deben informar y coordinar la atención del paciente, y ser conocidos y consultados por todos los profesionales involucrados en el proceso, ya que los resultados clínicos del mismo dependen en gran medida de su cumplimiento.

P-36

Candy cane de gran tamaño como causa de disfagia postbypass gástrico

Mariana García Virosta, Jose Daniel Sánchez López, Sara Núñez O'sullivan, Carmen Rodríguez Haro, Esther Ferrero Celemín, Jose María Gil López, Fátima Sánchez-Cabezudo, Antonio Luis Picardo Nieto.

Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

Objetivos: Las causas habituales de disfagia en un paciente intervenido de cirugía bariátrica son, sobre todo, la estenosis de la anastomosis y la úlcera de boca anastomótica. Con este caso queremos hacer ver que entre estas causas de disfagia, raramente se tienen en cuenta las complicaciones relacionadas con el asa aferente de la anastomosis. Sin embargo, sí se le atribuyen los problemas con la pérdida de peso insuficiente.

Exposición del caso:

-Material y métodos :

Presentamos el caso de una mujer de 52 años intervenida en otro centro de obesidad mórbida mediante bypass gástrico anillado tipo Capella con asa alimentaria de 150cm. Hace 10 años. Acude a nuestras consultas de cirugía bariátrica por disfagia y vómitos persistentes.

Se realiza tránsito esofagogástrico con barrio en el que impresiona de pequeña hernia de hiato. A continuación, una gastroscopia con resultado de esofagitis grado A de Los Ángeles y cardias incompetente, se visualiza la anastomosis cuya mucosa se aprecia eritematosa con resultado normal en la biopsia. Se realiza una manometría inespecífica y una pHmetría en la que se aprecia reflujo gastroesofágico patológico de intensidad leve con un DeMeester de 14.82 exclusivo en decúbito.

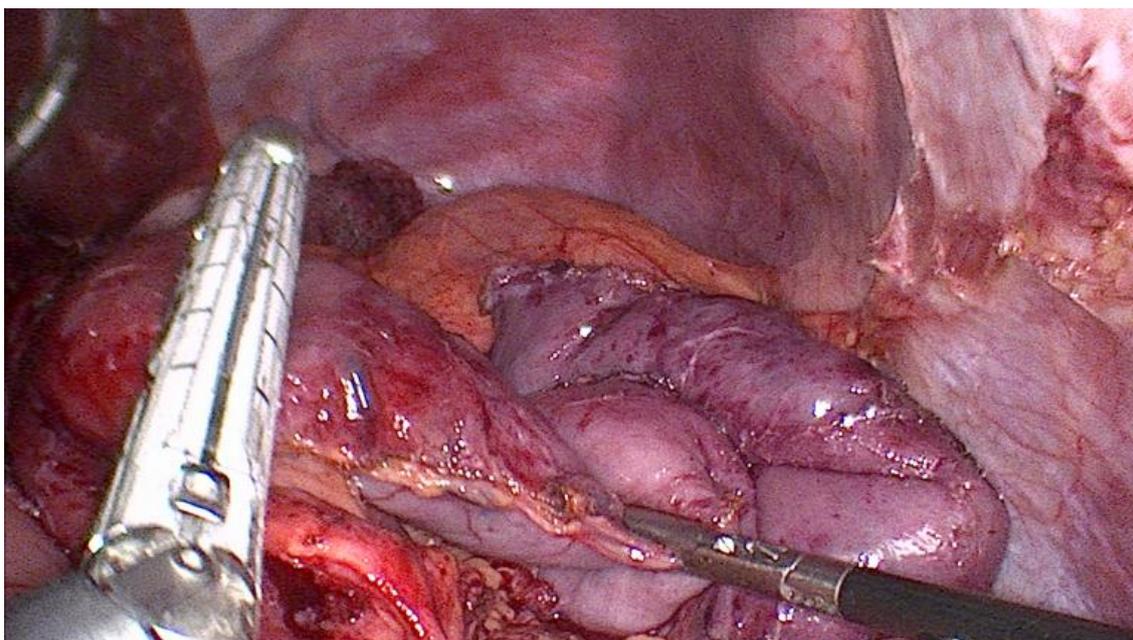
Ante los resultados anodinos de estas pruebas y la persistencia de los síntomas de manera intensa, se decide realizar una laparoscopia exploradora.

En ella se visualiza un reservorio gástrico de adecuado tamaño, con buen paso a través de la anastomosis esofagoyeyunal. Sin embargo encontramos que el asa aferente de dicha anastomosis mide más de 25cm, actuando de manera similar a un gran divertículo y siendo aquella la causa de la disfagia y los vómitos que refería nuestra paciente. En la anastomosis del pie de asa existía también un candy cane de más de 25cm. Resecamos ambas asas aferentes redundantes.

-Resultados :

La paciente fue dada de alta sin complicaciones en el cuarto día postoperatorio. Actualmente, continúa en seguimiento en nuestras consultas, no ha vuelto a presentar vómitos ni disfagia desde la cirugía (5 meses después).

Conclusión: Deberíamos añadir las complicaciones relacionadas con el asa aferente a una de las posibles causas de la disfagia postbypass gástrico.



P-37

Bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico tras gastroplastia vertical anillada por laparotomía: Presentación de 2 casos clínicos

Carlos Felipe Campo Betancourth, Silvia Sevilla Micó, Eduardo Rodríguez Martínez, Olga Coronado De Frías, Sergio Ortiz Sebastián, José Luis Estrada Caballero, Félix Lluís.

Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: Las técnicas utilizadas en cirugía bariátrica han sufrido notables cambios en los últimos 20-25 años y como consecuencia del desarrollo de la cirugía laparoscópica. La gastroplastia vertical anillada tipo Mason es una técnica quirúrgica restrictiva que actualmente se encuentra en desuso. Se debe realizar cirugía bariátrica de revisión en caso de presentar complicaciones de esta técnica o de reganancia ponderal.

Objetivo: Presentar dos casos clínicos de cirugía de revisión en el que se realiza un Bypass gástrico en Y de Roux por vía laparoscópica (BPGL) en 2 pacientes previamente intervenidas de Gastroplastia vertical anillada (GVA) por laparotomía en un centro de referencia de cirugía bariátrica.

Casos clínicos: Caso 1: Mujer de 53 años, con IMC de 42, con diabetes mellitus tipo II y asmática, intervenida hace 20 años de GVA por laparotomía. Presenta reganancia de peso tras la cirugía y cuadro de vómitos persistentes con cierta intolerancia oral.

Caso 2: Mujer de 60 años, con IMC de 40, hipertensa, diabética y con dislipemia, e intervenida hace 22 años de cirugía bariátrica realizando GVA y cierre de pilares por laparotomía. Se realiza cirugía de revisión por presentar reflujo gastro-esofágico, reganancia ponderal y comorbilidades asociadas.

En ambos casos se realizó un abordaje laparoscópico y conversión a bypass gástrico en Y de Roux antecólico y antegástrico con anastomosis gastroyeyunal circular de 25 mm mediante sistema Orvil. Ambas pacientes fueron dadas de alta sin complicaciones al 4º día postoperatorio, no presentaron complicaciones posteriormente, con buena tolerancia oral, buena pérdida ponderal y con un tránsito gastro-intestinal normal durante el seguimiento.

Conclusiones: El BPGL es la mejor alternativa de cirugía de revisión tras GVA por complicaciones asociadas o reganancia ponderal. La laparoscopia es una vía de abordaje aplicable en los pacientes previamente intervenidos por laparotomía, pero debe ser realizada en centros con amplia experiencia en cirugía bariátrica.

P-40

Refuerzo POSE-18: El método POSE más eficaz

Rebecca García García, Raúl Palacios Martín, Emma Díaz Piñero.
Clinicas Doctor Life, Madrid.

Objetivos: Las terapias bariátricas endoscópicas son más eficaces que la medicación y menos arriesgadas que la cirugía bariátrica. Una de las principales terapias bariátricas endoscópicas es el método de Cirugía Primaria de la Obesidad Endoluminal (POSE en inglés), en el que el estómago se reduce mediante plicaturas colocadas endoscópicamente para reducir el volumen del estómago y así aumentar la saciedad.

Material y Métodos: En este estudio retrospectivo, 45 participantes con obesidad fueron asignados en dos grupos, el primer grupo fue operado con el POSE-12 estándar y el segundo grupo fue operado con el aprobado POSE-18 reforzado para las intervenciones. POSE-12 (n=30; la media del IMC fue de 38,51 kg/m² obesidad tipo 2) y POSE-18 (n=15; la media del IMC fue de 42,15 kg/m² obesidad tipo 3). Se analizaron varios parámetros finales, como el porcentaje medio de reducción del IMC y el exceso de reducción del IMC, así como la proporción de participantes que alcanzaron al menos un 25% de pérdida de exceso de IMC.

Resultados: Un año después de la intervención, los participantes del grupo POSE-12 habían perdido una media del 29,5% de su exceso de IMC (10,7% del IMC total), mientras que los del grupo POSE-18 habían perdido una media del 38,2% de su exceso de IMC (16,6% del IMC total). El 53% de los participantes del grupo POSE-12 y el 67% de los participantes del grupo POSE-18 perdieron al menos el 25% de su exceso de IMC. Los síntomas postoperatorios más frecuentes son el dolor de estómago y las náuseas. De los pacientes que se sometieron al POSE-12, el 21% indicaron que estaban "Muy satisfechos" mientras que en el POSE-18 el 60% indicaron que estaban "Muy satisfechos".

	POSE 12		POSE 18	
	Inicio	1 año	Inicio	Un Año
Peso Corporal Total	109.3 kg	95.9 kg	108.9 kg	89.9 kg
	p = 4,76E-06		p = 8,04E-05	
Exceso de Peso Corporal	42.1 kg	28.9 kg	50.9 kg	31.9 kg
	p = 9,80E-06		p = 8,04E-05	
IMC	38.5 kg/m ²	34.3 kg/m ²	42.1 kg/m ²	34.9 kg/m ²
	p = 1,87E-05		p = 8,19E-05	
Exceso IMC	14.9 kg/m ²	10.7 kg/m ²	18.7 kg/m ²	11.4 kg/m ²
	p = 1,87E-05		p = 8,19E-05	

*Valores P de disminución del peso corporal, del peso corporal excedido, del IMC y del IMC excedido tras un año de intervención

Conclusiones: El método POSE-18 se asoció a una mayor reducción del IMC que el método POSE-12 tras un año de intervención. Además, los pacientes estaban más contentos con el POSE-18 frente al POSE-12.

P-41

¿Ha influido el confinamiento por Covid19 en la pérdida ponderal postquirúrgica en pacientes intervenidos de bypass gástrico?

Belén Matías-García¹, Alejandro García Muñoz-Najar², Carlos Ferrigni-González², Ana Torres-Alemán², Leire Zaráin-Obrador², Gustavo Díaz-García², David Alias-Jiménez², Rocío Franco-Herrera², Camilo Castellón-Pavón², Manuel Durán-Poveda².

¹Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares;

²Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

Objetivos: La cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para la obesidad mórbida, siendo el primer año el más importante en cuanto a la pérdida ponderal. El confinamiento de la población en sus hogares debido a la pandemia por coronavirus SARS-COV-2 disminuyó la actividad física en la población, lo cual puede haber influido en la pérdida de peso postquirúrgica. Nuestro objetivo es analizar si existen diferencias en la pérdida ponderal postquirúrgica durante el primer año en pacientes intervenidos de bypass gástrico en los 6 meses previos a la pandemia por COVID19 respecto al mismo periodo del año anterior.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes intervenidos de bypass gástrico durante los 6 meses previos al inicio de la pandemia por coronavirus SARS-COV-2 (11 de marzo 2020, según la Organización Mundial de la Salud) y los pacientes intervenidos en el mismo periodo el año anterior en nuestro centro (área 3 de salud, 180.000 habitantes). Se estudiaron y fueron analizados las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidades (HTA, DM, DL, SAOS), IMC inicial, porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) y porcentaje de peso total perdido (%PTP). Los datos fueron tabulados y analizados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistic versión 25. En el caso de las variables categóricas, se calculó la proporción de cada variable con respecto al total de pacientes. Para las variables cuantitativas se estudiaron el promedio y la desviación estándar. Para comparar medias se utilizó la prueba T-Student en variables paramétricas y la prueba U de Mann-Whitney en variables no paramétricas.

Resultados: Se recogieron un total de 87 pacientes, de los cuales 27 fueron intervenidos durante los 6 meses previos a la declaración de pandemia por COVID19 (grupo2) y 60 fueron intervenidos en el mismo periodo el año previo (grupo1). Ambos grupos son homogéneos y comparables. Las características epidemiológicas se muestran en la tabla1. Los resultados ponderales se muestran en la tabla2.

TABLA1	Grupo1 (n=60)	Grupo2 (n=27)	P valor
Edad	46,37±9,16	47,85±8,93	0,480
Sexo			
Hombres (%)	24 (40)	13 (48,1)	0,477
Mujeres (%)	36 (60)	14 (51,9)	
HTA (%)	23(38,3)	15 (55,6)	0,134
DM (%)	23 (38,3)	9 (33,3)	0,655
DL (%)	18(30)	10 (37)	0,516
SAOS (%)	54 (90)	23 (85,2)	0,515
IMC Inicial	44,45±5,1	43,06±3,8	0,205

TABLA 2		Grupo1 (n=60)	Grupo2 (n=27)	P valor
Prequirúrgico	%EPP	10,99±8,7	13,7±8,8	0,119
	%PTP	4,8±3,82	5,8±3,82	0,237
1er mes	%EPP	32,84±11,7	35,44±9,02	0,198
	%PTP	13±4,9	14,41±3,54	0,436
3er mes	%EPP	47,07±13,76	53,72±11,5	0,017
	%PTP	19,92±5,55	21,97±4,33	0,025
6º mes	%EPP	64,40±13,43	71,01±14,78	0,058
	%PTP	27,29±4,9	29,12±5,81	0,158
1er año	%EPP	78,43±16,7	80,13±21,83	0,695
	%PTP	33,35±6,6	32,96±8,6	0,819

Conclusiones: Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al %EPP y el %PTP en el 3er mes postoperatorio en los pacientes sometidos a bypass gástrico cuyo postoperatorio discurrió durante los meses de confinamiento por COVID19, con respecto a los mismos pacientes intervenidos durante el mismo periodo el año previo. Estas diferencias se vuelven estadísticamente no significativas al 6º mes y 1er año postoperatorio. Consideramos que son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para obtener conclusiones a nivel poblacional.

P-42

Gastroplastia vertical en manga endoscópica (técnica apollo): seguridad y eficacia tras dos años y medio de experiencia

Francisco Javier Zozaya Larequi¹, Juan Arenas Ruiz Tapiador², Teresa Serrano Muñoz², Eva Bazquez Lautre², Eider Sanchez Tolosa², Susana Gonzalez De La Nava².

¹Clínica Universidad de Navarra, Pamplona;

²Policlínica Gipuzkoa, Donostia-San Sebastián.

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica con una prevalencia en España de un 21,6%. Predispone a numerosas enfermedades reduciendo la calidad de vida y aumentando el riesgo cardiovascular, el de sufrir algunos tipos de cáncer y la posibilidad de muerte prematura. Para pacientes con obesidad leve (IMC 30-34.9) y moderada sin comorbilidad (IMC 35-40), que no responden a dieta y cambios en el estilo de vida, no existían alternativas seguras y eficaces a la cirugía. En estos pacientes la gastroplastia vertical en manga mediante sutura continua endoscópica llevado a cabo con el sistema OverStitch® (ApolloEndosurgery), puede ser una técnica a asociar a la estrategia terapéutica habitual (fármacos, dieta y ejercicio).

Esta técnica consiste en la aplicación, vía endoscópica y transmural, de varias suturas continuas a lo largo de toda la pared gástrica, reduciendo de forma significativa la cavidad gástrica, retrasando el vaciamiento gástrico y provocando saciedad precoz, para así disminuir la cantidad de ingesta diaria. Además, al ser una técnica endoscópica, no precisa incisiones.

Material y Métodos: Se han recogido prospectivamente los datos a los 6 y 12 meses de seguimiento de 45 pacientes (36 mujeres), con una edad media de 44.4 años, a los que se les realizó una reducción gástrica endoscópica mediante sutura continua, entre julio de 2017 y octubre de 2019, valorando la evolución del IMC, del peso (pérdida total y porcentual), del % de masa grasa y complicaciones del procedimiento (inmediatas y diferidas).

Resultados: A los 6 (45 pacientes) y 12 meses (35 pacientes):

- La media IMC inicial: 34,7 (IMC máx: 39,6). A los 6 y 12 meses: 29,1 y 28.5 (IMC máx: 35,1), presentando todos los pacientes al menos un descenso de 5 puntos del IMC inicial.

- La media de peso inicial: 95,9 kg. A los 6 y 12 meses: 80,1 kg y 78 kg, con un descenso medio del 17% del peso total inicial y con un descenso del 27% del exceso de peso inicial.

- La media de % de masa grasa inicial: 37,6. A los 6 y 12 meses: 29,6 y 28. Supone un descenso del 9% de la masa grasa inicial respecto a la masa total.

No se han registrado complicaciones graves ni que haya requerido tratamiento alternativo para resolverla en ninguno de los 45 procedimientos realizados.

Conclusiones: La reducción gástrica endoscópica mediante la técnica de sutura continua (sistema Apollo), asociado a dieta y ejercicio, induce una disminución del peso total y del exceso de peso, del IMC y del % de masa grasa.

Esta disminución se produce principalmente a expensas de la disminución de la masa grasa.

Se trata de una técnica segura.

P-43

Resultados y complicaciones de la gastrectomía vertical: Nuestra experiencia a 3 años

Ibabe Villalabeitia Ateca, Clara Serrano Hermosilla, Arkaitz Perfecto Valero, Olatz Ocerin Alganza, Patricia Mifsut Porcel, Iratxe Rodeño Esteban, Yanina Kataryniuk Di Costanzo, Mikel Guerra Lerma, Patricia Sendino Cañizares, Gaizka Errazti Olartekoetxea.
Hospital de Cruces, Barakaldo.

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica a nivel mundial. De acuerdo con La Organización Mundial de Salud se estima que aproximadamente el 39% de la población adulta padece sobrepeso y el 14% obesidad. La cirugía bariátrica es el método más eficaz de pérdida de peso y logra la resolución parcial o completa de múltiples comorbilidades relacionadas con la obesidad, incluyendo diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, hipercolesterolemia y apnea obstructiva del sueño.

Objetivos: El objetivo principal de nuestro trabajo es estudiar a uno y a tres años la evolución del peso y las comorbilidades (diabetes mellitus, hipertensión, dislipemia y SAOS) en pacientes sometidos a gastrectomía vertical como tratamiento de la obesidad mórbida. Como objetivo secundario se han analizado las complicaciones tanto precoces (primer mes), como tardías.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de 268 casos intervenidos de gastrectomía vertical laparoscópica entre enero de 2011 y diciembre de 2018. El estudio estadístico se ha realizado mediante IBM ® SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) Statistic versión 23 y las complicaciones han sido descritas según la clasificación de Dindo-Clavien.

Resultados: A un año se ha realizado el seguimiento de 268 pacientes y a tres años de 152. En relación al peso, se ha observado una disminución de $126,17 \pm 21,08$ kg a $83,4 \pm 15,7$ kg ($p < 0,001$), en cambio a tres años se ha visto un aumento medio de $1,74 \pm 0,24$ kg que resulta estadísticamente no significativo ($p > 0,05$). En cuanto a diabetes mellitus, se ha logrado una mejoría estadísticamente significativa ($p < 0,001$) disminuyendo el porcentaje de pacientes diabéticos del 28,4% al 6% y al 5,2% a uno y tres años respectivamente. Igualmente se ha logrado una mejoría mantenida de la HTA disminuyendo del 43,7% al 14,2% y 11,6% en el tiempo. En cambio, la disminución de la dislipemia a un año del 29,5% al 12,3% no ha sido estadísticamente significativa ($p > 0,05$), incluso a tres años ha aumentado la necesidad de estatinas en un 1,5%. Finalmente el SAOS ha logrado una notable mejoría, disminuyendo el porcentaje de la patología del 67,9% al 12,7% y al 8,6%.

Por otro lado 21 pacientes (7,8%) han presentado complicaciones, siendo complicaciones mayores (grado ≥ 3) en 6 pacientes (2,23%). Un solo paciente ha presentado fuga con necesidad de reintervención presentando además tromboembolismo pulmonar (0,37%). 9 pacientes (3,35%) han presentado complicaciones hemorrágicas, siendo en dos casos graves, resolviéndose con endoscopia y otro con laparoscopia exploradora. En relación a complicación infecciosa (infección de herida, colección intraabdominal) se han objetivado en 6 pacientes (2,23%), siendo en todas ellas complicaciones menores. 3 pacientes (1,11%) han presentado estenosis del tubo, necesitando en un caso conversión a bypass gástrico. Por último un paciente presentó fístula tardía resolviéndose con tratamiento endoscópico.

Conclusiones: la gastrectomía vertical es una técnica sencilla con escasas complicaciones, resolviéndose la mayoría con tratamiento conservador, y que presenta buenos resultados a tres años, logrando una disminución mantenida del peso y un buen control de las comorbilidades asociadas. No obstante es necesario un seguimiento a más largo plazo.

P-44

Análisis de las complicaciones según el tipo de anastomosis gastro-yeyunal en el bypass gástrico laparoscópico en Y-de-Roux para cirugía bariátrica: circular, lineal y manual

Jesus Badia Closa, Alexis Luna, Sandra Montmany, Victoria Lucas Guerrero, Salvador Navarro.

Corporació Sanitari Parc Tauli, Sabadell.

Introducción: En este estudio analizamos los efectos adversos en 244 casos de cirugía bariátrica con distintos tipos de anastomosis gastro-yeyunal: con grapadora lineal, grapadora circular transoral y completamente manual.

Material y Métodos: Se han revisado los resultados a 30 días de las diferentes anastomosis realizadas para el restablecimiento del tránsito gastroyeyunal. Los datos se han recogido de manera prospectiva en dos bases de datos Microsoft Access®, una que recoge todas las obesidades mórbidas operadas y otra que recoge todos los efectos adversos (EA) del servicio de cirugía general de nuestro centro de manera prospectiva. Los datos son descriptivos, sin intención analítica, dados que no se trata de un estudio aleatorizado. Los criterios para usar un u otro tipo de anastomosis ha sido sólo un criterio temporal. Se inició con circular, se pasó a lineal, y actualmente usamos la manual. La decisión del cambio de tipo de anastomosis (de circular a lineal) se tomó precisamente atendiendo al seguimiento estricto de nuestras complicaciones y a la constatación de estos datos. El paso de lineal a manual fue para un mejor control del diámetro de la anastomosis.

Resultados: Se realizaron 244 BPGLYR con AG-Y, de las cuales fueron 70 lineales (28.7%), 82 circulares (33.6%) y 92 manual (37.7%). Presentaron infección de herida un 2.9% (2 casos) en el grupo de anastomosis lineal, 42.7% (35) en el de circular y 3.3% (3) en la completamente manual. Solo 1 paciente del grupo de anastomosis circular presentó fístula gástrica, mientras que en los grupos de lineal y manual no se registró ningún paciente. Se produjo 1 sangrado de anastomosis en el grupo de anastomosis lineal (1.4%), 7 en el de anastomosis circular (8.5%) y 5 en la completamente manual (5.4%).

El porcentaje de exceso de peso perdido a los 2 años (PEPP2a) fue de un 67.2%, sin diferencias entre los grupos.

Conclusión: La tasa de infección de herida y de sangrado en las anastomosis gastro-yeyunales realizadas con grapadora circular transoral son mucho mayores que aquellas registradas con grapadora lineal o completamente manual, con una efectividad similares. El control estricto de los propios resultados permite un circuito de mejora permanente.

P-45

Resultados iniciales de un programa de cirugía bariátrica. Resultados fase V de programa de formación SECO

M^o Del Coro Miranda Murua, M^a Concepción Yárnoz Irazabal, Carlos Chaveli Diaz, Bruno Camarero Triana, Inés Eguaras Córdoba, Susana Hernández García, Beatriz Fernández- Velilla San José, Ana Cristina Recreo Baquedano. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Objetivo: Presentación de los resultados iniciales del tratamiento quirúrgico tras completar las fases de formación de SECO y la implementación de una unidad específica de Cirugía Bariátrica en un centro de tercer nivel.

Material y métodos: Serie prospectiva consecutiva de las primeras 89 intervenciones (82 cirugías primarias, 4 retiradas de banda y 3 intervenciones de revisión) entre mayo de 2017 y marzo 2021. Estudio descriptivo con variables: edad, sexo, IMC inicial y al año, comorbilidades preoperatorias, tipo de tratamiento quirúrgico, morbimortalidad y resultados del primer año.

Resultados: De las 82 primarias, la mediana de edad es 49 años, siendo 34,1% mujeres Al diagnóstico presentan comorbilidad el 78% : DM 50%, hiperlipemia 52,4%, HTA 52,45%, cardiopatía 8,5%, SAOS 59,8% y artropatía 52,4%. Además RGE 15,9%, cirugía abdominal previa 41,5%, eventración 12,2% y coleditiasis 2,4%. HP fue positivo en el 23,5%. La mediana de IMC al diagnóstico :44,27 (rango 35-79). La media de tiempo de tratamiento en consulta de nutrición fue 47 meses (3-304±54,6), media de tratamiento de rehabilitación 3,5 meses (3-10±2,2) y media de IMC 44 (34-57±5,2).

Tratamiento quirúrgico laparoscópico 100%, conversión 0%, siendo bypass gástrico (BPYR)70(85%), gastrectomía vertical (GV) (primaria) 7%(8,5) y GV 1 tiempo 6 (7%). Media de tiempo quirúrgico 215 minutos, BPYR 210,2 (120-455±67) y GV 115,8 (135-215±40). 64 pacientes (78%) no tuvieron complicaciones y fueron Clavien>IIIA 7 (8)%. Reintervención: 6 (7,3%) pacientes siendo la causa dos dehiscencias (2,4%), dos hemoperitoneo (3,6%) y 1 colección intrabdominal (1,2%).1 paciente precisó ingreso en UCI. No complicaciones respiratorias, vasculares, TEP ni mortalidad postoperatoria a 30 ni a 90 días. Media de estancia 3,02 días para los pacientes no complicados y 16 días para los complicados.

22, 35 y 53 pacientes han completado 1, 2 o 3 años de seguimiento con % de sobrepeso perdido de 60% 1año, 62% 2 año y 58% 3 año.y % perdida IMC de 30,74%,31,17% y 28,77% en los años 1, 2 y 3. Resolución de comorbilidades los datos son sobre 35 pacientes con mínimo 2 años de seguimiento. Presentaron remisión completa de DM2 13(65%), HTA 7(36,8%), dislipemia 11(73,3%) y SAOS 9 (64,3%)

Todos los pacientes a los que se retiró la banda tuvieron 1 día de ingreso postoperatorio sin complicaciones. Las 3 cirugías de revisión fue una conversión de by pass gastroileal a BGYFR, Scopinaro a BGYR, gastroplastia vertical a BGYR. Todos los procedimientos se completaron por vía laparoscópica. No presentaron complicaciones postoperatorias y la mediana de estancia hospitalaria fue de 3 días.

Conclusiones:

1. La actividad quirúrgica tutelada, fase V del programa formativo SECO, ha permitido implementar con seguridad el programa quirúrgico de tratamiento de obesidad.
2. Los resultados iniciales se encuentran dentro de las tasas recomendadas aunque existen puntos de mejora.
3. La respuesta rápida a las complicaciones es fundamental para evitar el faillure to rescue
4. Es necesario más tiempo de seguimiento para valorar evolución del peso y comorbilidades

P-46

Puesta en marcha de un programa multidisciplinar de cirugía bariátrica

M^o Concepción Yárnoz Irazábal, M^o Del Coro Miranda Murua, Carlos Chaveli Diaz, Ismael Díez Del Val, Inés Eguaras Córdoba, Bruno Camarero Triana, Elena Pérez Bergara, Estrella Petrina Jaúregui, Milagros Jurado Rumi.
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Objetivo: Analizar y comunicar la implementación un programa de cirugía bariátrica dentro de un hospital de tercer nivel.

Material y Métodos: Estudio de los recursos personales estructurales y materiales así como adecuación de los mismos para implementación del programa de Cirugía Bariátrica en nuestro centro que se inició en nuestro centro en Mayo de 2017.

Resultados:

Recursos personales: Desde el Servicio de Cirugía y con el apoyo de la Dirección del Centro, se efectuó un análisis de la necesidad formativa de los facultativos de la Unidad y del Servicio de Cirugía General, del personal de enfermería de consulta, de planta de hospitalización y del quirófano que también se hizo extensivo a los auxiliares de enfermería y celadores de la planta de hospitalización y de quirófano.

Se realizaron reuniones de planificación con los Servicios directamente implicados en estos pacientes: Nutrición y Dietética, Psiquiatría, Anestesiología, Digestivo, Medicina Intensiva, Neumología y Rehabilitación.

Se consensuó el protocolo de asistencia de cirugía bariátrica, la vía clínica y se estableció el circuito hospitalario de pacientes en el último trimestre de 2016.

Los tres miembros de la Unidad completaron el programa formativo de la SECO, obteniendo dos de ellos la beca fase V en Marzo de 2017.

Se realizó una estancia formativa conjunta cirujano-anestesia para poner en marcha anestesia OFA.

Una vez aprobado el protocolo de asistencia por la Junta Técnico Asistencial, se realizaron varias reuniones informativas en los Servicios de Medicina Interna, Medicina Intensiva y Digestivo en abril de 2017.

Planta de Hospitalización: En la planta de hospitalización se realizó una reforma dedicando dos habitaciones individuales con su aseo adaptado de acuerdo a la normativa especificada por el Colegio Americano de Arquitectos. Además se adquirieron dos camas especiales, silla de ruedas, camiones, manguitos de presión, báscula y sistema de compresión neumática.

Se han realizado programas de formación para la enfermería y el personal auxiliar de la planta

Consulta: Estancia formativa del personal de enfermería en una Unidad de Cirugía Bariátrica acreditada.

Puesta en marcha del programa de rehabilitación preoperatoria y de seguimiento postoperatorio por parte del personal de enfermería y de la técnico de dietética en Marzo de 2017.

Quirófano: Implementación de material de quirófano específico: instrumental quirúrgico, cuña para intubación, manguito de presión...

Estancia del personal de enfermería y de los celadores en otros hospitales cercanos con programas establecidos de cirugía bariátrica.

Desde la puesta en marcha del programa hemos valorado en consulta 100 pacientes, de estos 66 se han intervenido y doce se encuentran en el programa de rehabilitación. La mediana de espera quirúrgica, que incluye la rehabilitación, es de tres meses.

Conclusiones: La puesta en marcha de un programa de cirugía bariátrica ha supuesto para los miembros de la Unidad de un reto muy ilusionante y satisfactorio.

El apoyo de la SECO, de los cirujanos expertos del programa de formación y de las Unidades de Cirugía Bariátrica implicadas ha supuesto un estímulo y un aliciente importante.

P-47

Evolución de la cirugía bariátrica en un hospital de tercer nivel. ¿Cómo hemos cambiado en 15 años?

Tamara Díaz Vico, José Luis Rodicio Miravalles, Aida Suárez Sánchez, María Moreno Gijón, Sonia Amoza Pais, Sandra Sanz Navarro, Estrella O. Turienzo Santos, Lourdes M. Sanz Álvarez.
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: La cirugía bariátrica ha evolucionado significativamente en las últimas décadas como consecuencia de la introducción de cambios en las técnicas quirúrgicas empleadas, así como en el refinamiento en cuanto a la selección de pacientes y preparación quirúrgica, lo que ha supuesto importantes mejoras en el manejo perioperatorio de esta enfermedad. El objetivo de este estudio consiste en analizar los resultados de dichos cambios en nuestro centro en las últimas dos décadas.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo incluyendo las características basales de los pacientes, así como los procedimientos, complicaciones y resultados perioperatorios obtenidos en dos periodos puntuales del programa de cirugía bariátrica de nuestro Centro; en sus inicios en el año 2004, frente a los resultados más recientes en 2019.

Resultados: Se recogieron un total de 126 pacientes en el estudio; de ellos, 42 pacientes se intervinieron en 2004 (83.3% mujeres), con una edad media de 43.7 (± 8.7) años e IMC medio preoperatorio de 49.8 (± 5.2) kg/m². Durante dicho año, se realizó bypass gástrico (BG) por abordaje abierto en el 100% de los casos (26.2% BG distal, con 100cm de asa común). Se colocó balón intragástrico (BIG) en 8 (19%) pacientes, asociando colecistectomía en 20 (47.6%) pacientes, y hernioplastia (2.4%) y eventroplastia en 1 (2.4%) paciente, respectivamente. El tiempo quirúrgico medio fue de 159.2 (± 40.8) minutos y la estancia media postoperatoria de 10.8 (± 6.3) días. Del total, 1 paciente (2.3%) precisó reintervención quirúrgica. El tiempo en lista de espera quirúrgica (LEQ) fue de 11.5 (± 4) meses. Comparativamente, en 2019, se intervinieron 84 pacientes (67.9% mujeres), con una edad media de 47.3 (± 8.1) años e IMC medio preoperatorio de 44.7 (± 6) kg/m². El abordaje quirúrgico fue laparoscópico en el 100% de los casos, siendo el BG la técnica de elección en 62 (73.8%) pacientes (17.7% BG distal), y la gastrectomía vertical en 22 (26.1%) pacientes. El tiempo quirúrgico medio fue de 142.4 (± 51.1) minutos y la estancia media postoperatoria de 4.3 (± 2.8) días. En ningún caso se colocó BIG; sin embargo, se indicó optimización con dieta Very Low en 8 (9.5%) pacientes, asociándose la colecistectomía al procedimiento principal en 2 (2.3%) pacientes. Se produjeron 3 (3.5%) eventos adversos que precisaron reintervención quirúrgica por dehiscencia anastomótica, todos ellos por abordaje laparoscópico. El tiempo en LEQ fue de 3.3 (± 0.8) años. Se siguió el protocolo según la vía RICA en 23 (27%) pacientes, y no se registró ningún caso de mortalidad.

Conclusión: De la experiencia adquirida en estas dos últimas décadas, podemos destacar la completa implementación de la cirugía por abordaje laparoscópico, consiguiendo duplicar el número de procedimientos anuales, con la disminución de la estancia media postoperatoria. El BG continúa siendo la técnica de elección en la mayoría de los pacientes, con un incremento de procedimientos en varones e IMC más bajos previos a la intervención quirúrgica. Además, los procedimientos asociados, como la colecistectomía, cada vez son más selectivos. Por último, es fundamental mantener unos estándares de morbi-mortalidad imprescindibles, independientemente del momento temporal en el que nos encontremos.

P-48

Existen diferencias en la pérdida de peso a un año en el sleeve y el bypass gástrico

Marta Cuadrado Ayuso, Pablo Priego Jimenez, Silvia Sanchez Picot, Luis Blazquez Hernando, Jose Ignacio Botella Carretero, Julio Galindo Alvarez.. Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La cirugía bariátrica ha demostrado ser el tratamiento más eficaz de la obesidad, obteniendo los mejores resultados en pérdida de peso y resolución de comorbilidades frente a otras alternativas (dieta, fármacos...). Dentro de las diferentes técnicas quirúrgicas, las más frecuentemente realizadas son el sleeve y el by-pass gástrico, se postula que los resultados para ambas técnicas son similares por lo que nos planteamos realizar la evaluación de los resultados en nuestro centro.

Material y Métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica en nuestro centro, desde enero 2017 hasta diciembre de 2018, excluyendo los pacientes a los que se les realizó una cirugía de revisión.

Analizamos el peso inicial, el IMC inicial y los resultados de pérdida de peso a los 12 meses de la cirugía empleando el porcentaje de sobrepeso perdido (PSP), el exceso de IMC perdido (PEIMC), el exceso de IMC perdido esperado (PEIMCEsp) y el PTP comparando los pacientes en función de la técnica quirúrgica realizada.

Resultados: Se incluyeron 230 pacientes, realizándose 126 sleeve(54.8%) y 104 bypass gástrico. El IMC medio de la cirugía fue 45.34, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los resultados de pérdida de peso fueron: PSP 72% (sleeve: 68.9, bypass: 75.4), PTP 31.2% (sleeve: 29.6, bypass 33.01), PEIMCEsp 87.9% (sleeve: 83.8, bypass: 92.38).

Para todas las variables analizadas, en nuestra serie encontramos una mayor pérdida de peso a corto plazo en los pacientes sometidos a un bypass gástrico frente al grupo al que se le realizó un sleeve.

Conclusión: A corto plazo los resultados de pérdida de peso son significativamente mejores en el subgrupo de pacientes a los que se les realizó un bypass gástrico en nuestro centro.

P-49

Experiencia y seguimiento en clip gástrico ambulatorio

Lucía Sobrino Roncero, Claudio Lazzara, Victor Admella Clanchet, Javier Osorio, Jordi Pujol Gebelli.

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Durante la última década se han desarrollado diferentes técnicas quirúrgicas menos invasivas para el tratamiento de la obesidad mórbida. El clip gástrico nace como alternativa menos agresiva a la gastrectomía vertical, evitando la resección gástrica y las complicaciones derivadas.

Objetivos: evaluar la seguridad y los resultados ponderales a corto plazo del clip gástrico.

Material y métodos: estudio descriptivo prospectivo de la serie de casos. Se incluyen pacientes de la lista de espera con obesidad grado I-III, sin enfermedad metabólica. Se intervienen 35 pacientes desde Mayo de 2017 a Marzo de 2020.

Resultados: Se describe una muestra de 35 pacientes (27 mujeres y 8 hombres), de mayor seguimiento, con una edad media de 35 años [23-52] e IMC de 43.28 Kg/m² [38.59-47.16]. Se realiza la intervención con un tiempo medio quirúrgico de 82.22±17.87 minutos, realizando cruroplastia en el caso necesario, sin complicaciones intraoperatorias. La estancia hospitalaria se realiza ambulatoriamente con una media de 14 horas [8-27], 4 pacientes permanecieron ingresados por mal control del dolor y 1 paciente por náuseas. Se realiza el seguimiento a 3, 6 y 12 meses con un porcentaje de exceso de peso perdido de 44.69%, 62.59%, 60.28%, respectivamente. Durante el primer mes hubo 1 caso que requirió de retirada del dispositivo por herniación de la cara anterior gástrica. Dos pacientes presentaron síntomas de reflujo ocasional que mejoraron con tratamiento conservador. No hubo mortalidad en la serie.

Conclusiones: El clip gástrico es una técnica segura en régimen ambulatorio. A corto plazo, ha demostrado resultados de pérdida ponderal equivalentes a la gastrectomía vertical con un menor índice de complicaciones postoperatorias precoces. Consideramos que son necesarios más estudios y seguimiento a largo plazo para comparar los resultados definitivos con otras técnicas restrictivas

P-50

Análisis preliminar de la pérdida y reganancia de peso tras la gastrectomía vertical

M^a Carmen Carballo López, Mónica Garcia Aparicio, Elena Ortega Ortega, Julia Diez Izquierdo, Elisabeth Pikula, Patricia Sabin, Benito Blanco Samper, Marta Milla Tobarra, Sagrario Martinez Cortijo.

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Objetivos: Valorar la pérdida de peso y la reganancia del mismo en pacientes sometidos de gastrectomía vertical en nuestro centro

Material y Métodos: Se analizan los cambios ponderales en un total de 80 pacientes (63 mujeres y 18 varones) sometidos a gastrectomía vertical entre 2010 y 2018, con un seguimiento no inferior a 2 años (entre 2-10 años). Se recogen los IMC iniciales y actuales, el peso en kilos perdido y ganado durante el seguimiento y el porcentaje del exceso de peso perdido

Resultados: Se objetiva un porcentaje del exceso de peso perdido mayor de 50 en el 78.7% de los pacientes (47 M/16V), más de 70 en el 45% (28 M /8 V) y por encima de 90 en el 13,7% (10M/1V). Observamos un aumento del peso en 10 kg o más sobre el peso más bajo alcanzado en 8 pacientes (5M/3V), 10%. Un aumento del IMC por encima de 35 después de haber conseguido una pérdida de peso adecuada aparece en el 2,5% de los pacientes (2 M). Actualmente ningún paciente dentro de la serie ha sido sometido a cirugía de revisión por reganancia de peso

Conclusiones: Los resultados encontrados se sitúan dentro de los rangos óptimos de pérdida de peso tras la gastrectomía vertical según los trabajos publicados. La mayoría de pacientes con reganancia ponderal no habían conseguido una pérdida de peso adecuada tras la cirugía. La falta de definiciones estandarizadas de reganancia de peso, dificulta la valoración de los resultados y complica la toma de decisiones a la hora de indicar la cirugía de revisión por dicha causa

P-52

By-pass duodeno ileal con una sola anastomosis asociado a una gastrectomía vertical, experiencia inicial en una unidad de alto volumen

Leire Zarain Obrador¹, Carlos Ferrigni¹, Alejandro García Muñoz Najar¹, Ana Torres Alemán¹, Jaime Ruiz-Tovar¹, María Piñeiro², Camilo Castellón Pavón¹, Sonsoles Gutierrez¹, Laura Bartolomé², Manuel Durán Poveda¹.

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles;

²Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Mostoles.

Objetivos: Desde su descripción por Sanchez-Pernaute et al en el año 2007, el by-pass duodeno ileal con una sola anastomosis asociado a una gastrectomía vertical (SADI-S o SADI si se trata de un segundo tiempo) se ha posicionado como una opción de tratamiento quirúrgico para pacientes con obesidad mórbida tanto como procedimiento primario, segundo tiempo o cirugía de revisión. Ofrece la ventaja, sobre otras técnicas, de un excelente control de comorbilidades con la ventaja de solo una anastomosis y la preservación pilórica.

Nuestro objetivo es describir la experiencia inicial con el SADI-S / SADI en una unidad de cirugía bariátrica y metabólica de alto volumen y ofrecer resultados preliminares.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo en el que presentamos los datos de los pacientes intervenidos de SADI/SADIS en el último año en nuestro centro, desde la introducción de la técnica en nuestro servicio en enero de 2019.

Resultados: Se intervinieron siete pacientes, cinco mujeres y dos hombres, cuya edad media fue de 43.57 años. El IMC medio de los pacientes fue de 44.5. La estancia media hospitalaria tras la intervención fue de 2.3 días, a excepción de una paciente que presentó un hemoperitoneo como complicación postquirúrgica, requiriendo una reintervención y por tanto un ingreso más prolongado.

Todos estos pacientes presentaban comorbilidades en el momento de la intervención, siendo las más frecuentes la esteatosis, el SAHS y la diabetes mellitus.

Tres de los pacientes fueron intervenidos en un primer tiempo realizándose una gastrectomía vertical, y en un segundo tiempo completando el SADI, dado el estancamiento en la pérdida de peso y la persistencia de las comorbilidades. Los otros cuatro pacientes fueron intervenidos en un solo tiempo quirúrgico realizándose un SADIS.

Cinco de los pacientes fueron anestesiados mediante el protocolo OFA.

Se dejó drenaje en 3 de las 7 intervenciones.

En cuanto a la longitud del asa común, en 6 de los 7 pacientes se confeccionó un asa común de 300 cm, y tan solo en una paciente con un peso inicial de 218 kg y un IMC de 74.9 se confeccionó un asa común de 250 cm.

Se comparó el peso máximo de cada paciente con el peso prequirúrgico y el peso tres meses después de la técnica, evidenciando un porcentaje promedio del exceso de peso perdido a los tres meses de 48.2.

Los siete pacientes presentaban adecuada tolerancia oral a la dieta correspondiente a los 3 meses de la intervención.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial, tanto el SADI-S o el SADI han demostrado ser una técnica quirúrgica segura con excelentes resultados en términos de pérdida ponderal y de mejoría de las comorbilidades. Creemos que es una alternativa adecuada y validada por la literatura que se puede ofrecer en un equipo especializado en este tipo de pacientes.

P-53

SADI-S vs Cruce Duodenal laparoscópico revisional para el tratamiento del fracaso de control ponderal tras Gastrectomía Vertical: comparación 101 casos consecutivos de un solo centro

Claudio Lazzara, Lucia Sobrino, Elisabet Baena, Elias Acrich, Victor Admella, Giomara Asmat, Sofia Leon, Javier Osorio, Jordi Pujol-Gebellí.
Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: El Single-anastomosis duodeno-ileal bypass (SADI-S) ha sido propuesto para pacientes obesos con pérdida ponderal insuficiente o reganacia tras gastrectomía vertical (GV), pero la evidencia de su utilidad es limitada. El objetivo de este estudio es determinar la seguridad y eficacia del SADI-S como cirugía revisional tras GV, comparado con el cruce duodenal estándar (CD).

Métodos: Estudio de cohortes incluyendo todos los pacientes sometidos a SADI-S y DS tras GV fracasada en una institución de alto volumen entre 2008 y 2020.

Results: Se incluyeron 46 pacientes sometidos a SADI-S y 55 a CD, 37.2 y 41.5 meses tras GV ($p=0.447$), con IMC inicial de 56.2 vs. 56.6 ($p=0.777$); y de 39.2 vs. 39.7 antes de cirugía revisional ($p=0.675$). Todas las cirugías fueron laparoscópicas. La morbilidad Clavien-Dindo > II fue 6.5% para SADI-S y 10.9% para CD ($p=0.095$), sin mortalidad a 90 días. Disponían de seguimiento a 2 años 38 SADI-S y 38 CD, con pérdida ponderal total 35.3% vs. 41.7% ($p=0.009$); y exceso de peso perdido 64.1% vs. 75.3% ($p=0.014$). La resolución de comorbilidades para SADI-S y CD fue: 44.4% vs. 76.9% para diabetes ($p=0.029$); y 36.4% vs. 87.5% para hipertensión ($p=0.006$); sin diferencias en resolución de dislipemia (72.7% vs. 88.9%, $p=0.369$) y apnea del sueño (93.3% vs. 91.7%, $p=0.869$). El CD precisó mayor suplementación nutricional. Tres pacientes con SADI-S requirieron conversión a CD, dos por reflujo biliar y uno por reganancia ponderal.

Conclusion: Tras una GV fracasada, el DC permite mejor control ponderal y resolución de diabetes e hipertensión que el SADI-S, a expensas de mayor necesidad de suplementación.

P-54

Primeros 50 pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el centro Hospitalar Do Tâmega e Sousa calidad de vida y grado de satisfacción

Catarina Gil Azevedo Ribeiro, Catarina Lima Da Silva, César Pablo Alvarez Ovalle, Nuno Miguel Almeida Teixeira.

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel.

Introducción: La obesidad mórbida es una enfermedad crónica con múltiples consecuencias físicas, psicológicas y sociales que afectan negativamente la salud y calidad de vida de los pacientes. Desde un punto de vista multidisciplinar se contemplan terapias como dietas, ejercicio físico, fármacos y terapias cognitivo-conductuales frecuentemente en asociación. La cirugía bariátrica continua a ser considerada el tratamiento de elección y el mas eficaz a largo plazo, para pacientes con obesidad mórbida, cuidadosamente seleccionados.

Objetivos:

El objetivo del estudio es analizar las alteraciones y cambios en la calidad de vida de los primeros 50 pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa en Penafiel, Portugal.

Método:

Fue realizado un estudio observacional retrospectivo en 50 pacientes sometidos a cirugía bariátrica durante el año 2020.

Se diseñó un cuestionario de fácil comprensión, con preguntas relacionadas con la calidad de vida, basado en el test de BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System).

La escala del grado de satisfacción fue definida con un intervalo entre -10 y 10: empeoramiento de la calidad de vida (-10 a 0); sin alteración de la calidad de vida (0); mejoría de la calidad de vida (0 a 10).

Resultados:

La muestra presentaba un 16% (8) pacientes de sexo masculino y 84% (42) de sexo femenino, con una media de edad de 42,32 años.

Se realizaron 3 tipos de procedimientos quirúrgicos: 68% (34) bypass gástrico en Y de Roux, 30% (15) gastrectomía vertical y 2% (1) bypass de anastomosis única (BAGUA).

En la muestra descrita se encontró una pérdida de peso media a los 3 meses de 25,07Kg con una media de score total de satisfacción en el cuestionario de 5,5.

El 100% de los pacientes no está arrepentido del procedimiento quirúrgico, aunque un 4% no lo repetiría.

En el grupo de pacientes sometidos a bypass gástrico en Y de Roux, la media de pérdida de peso fue de 24,99Kg y el score total de satisfacción fue de 5,53.

En los pacientes sometidos a gastrectomía vertical, la media de pérdida de peso fue de 25,16Kg con un score total de satisfacción de 5,44.

El único paciente que fue sometido a bypass de anastomosis única presentó una pérdida de peso de 34,3Kg y un score total de satisfacción de 4.

Conclusiones:

De acuerdo con los resultados obtenidos, se verificó que la satisfacción global fue positiva, con un valor de 5,5 en la escala descrita. Cuando comparados los resultados medios de cada uno de los procedimientos, se concluye que no existe una gran diferencia entre cada uno de ellos ni en relación con el valor medio global.

La mejoría en la calidad de vida y el grado de satisfacción de un paciente sometido a cirugía bariátrica depende, no solo del peso perdido como también de cuestiones sociales y psicológicas. Estos factores fueron analizados a través del cuestionario implementado y deben ser discutidos individualmente para entender el verdadero impacto de los procedimientos bariátricos en la alteración de la calidad de vida de los pacientes.

P-55

Úlcera marginal como complicación del bypass gástrico en Y de Roux, nuestra experiencia

Silvia Fernández Noël, Alberto García Picazo, Pilar Gómez Rodríguez, Antonio Suarez Ramos, Viviana Vega Novillo, Rosa Gonzalez Martín, Victoria Carmona Gómez, Ana Pérez Zapata, Elias Rodríguez Cuéllar, Felipe De La Cruz Vigo.
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivo: El bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) laparoscópico junto a la gastrectomía vertical son las técnicas quirúrgicas más frecuentemente empleadas en cirugía bariátrica. Dentro de las complicaciones asociadas, se encuentra la úlcera marginal (UM), definida como aquella que se origina proximal a la anastomosis gastroyeyunal, con una incidencia registrada del 0,6-16%. La hipersecreción ácida del reservorio gástrico junto con el tabaquismo constituyen las dos causas más frecuentes. Otros factores asociados son hipoperfusión gastroyeyunal, DM-II, infección por *Helicobacter pylori*, AINEs, esteroides o ISRS. La presentación clínica más frecuente es el dolor epigástrico seguido de hemorragia digestiva alta (HDA) (30%) y náuseas o vómitos (20%). 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.

Material y métodos: Se desarrolló un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en donde se recogieron los pacientes intervenidos de BGYR entre enero 2011 y abril de 2021 que presentaron como complicación UM en nuestro centro. En todos los casos se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento, así como la evolución postoperatoria. Las variables se analizaron con el programa informático SPSS Statistics (IBM).

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes, donde la mediana de edad de la muestra fue 53 (47-59), siendo el sexo más frecuente el femenino (75%). Como antecedentes más relevantes encontramos el tabaquismo (75%) y DM-II (75%). Todos los pacientes presentaron gastritis crónica como hallazgo endoscópico más frecuente. El síntoma predominante fue la epigastralgia seguida de la HDA en forma de hematemesis. En el 75% de los casos la UM afectó a la anastomosis gastroyeyunal, siendo esa la localización más frecuente y la mediana de tiempo al diagnóstico de la UM fue de 18 meses tras la cirugía. El tratamiento médico con IBP (63%) o asociado a sucralfato (37%) tuvo una duración media de 26 meses, el mismo no fue efectivo en ninguno de nuestros pacientes. Respecto al IMC previo a la cirugía bariátrica obtuvimos una mediana de 40 (38-43) y al diagnóstico de la UM de 24 (24-28). La presencia de fístula gastro-gástrica fue infrecuente (12,5%). El tratamiento quirúrgico de elección ante la refractariedad fue la reanastomosis con disminución del reservorio gástrico mediante laparoscopia en la mayor parte de los casos (80%). No se registraron complicaciones precoces (reintervenciones) ni tardías (recidivas, refractariedad).

Conclusiones: La UM 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.

P-56

Registro de cirugía bariátrica y colelitiasis

Jorge De Tomas, Lorena Martin, Mari Luz Fernandez, Maria Tudela, Miguel Angel Steiner, Jose Maria Monturiol.

HGU GREGORIO MARAÑON, Madrid.

Objetivos: Revisar la evolución de los pacientes obesos operados con colelitiasis sintomática/asintomática prequirúrgica para valorar la indicación de la colecistectomía durante el mismo procedimiento bariátrico.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo del registro de operaciones bariátricas desde enero 2008 hasta enero 2017. Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: 1) colelitiasis por ecografía prequirúrgica 2) colelitiasis sintomática (cólicos biliares, pancreatitis, colecistitis,..) o asintomática. Se excluyeron los pacientes que requirieron colecistectomía previa.

Resultados: Se estudiaron 39 pacientes obesos diagnosticados de colelitiasis antes de la cirugía bariátrica, 10 eran sintomáticos y 29 asintomáticos. A todos los pacientes sintomáticos se les realizó una colecistectomía durante la operación de obesidad (8 gastrectomías verticales y 2 bypass gástricos). 9 pacientes con colelitiasis asintomática recibieron una colecistectomía y una gastrectomía vertical al mismo tiempo. De los 20 pacientes asintomáticos restantes, sólo 2 (10%) han tenido síntomas (1 pancreatitis aguda, 1 cólicos biliares) y han precisado colecistectomía. Los 18 pacientes restantes han permanecido asintomáticos durante un seguimiento de 3-12 años. No se han registrado complicaciones relacionadas con la colecistectomía en ningún caso, aunque sí se incrementó el tiempo quirúrgico significativamente.

Conclusiones: 1) la cirugía bariátrica con colecistectomía se puede realizar con seguridad en centros cualificados. 2) la colecistectomía en el paciente obeso es más compleja. 3) Los pacientes obesos con colelitiasis sintomática se benefician de realizar ambas operaciones al mismo tiempo. 4) Los pacientes obesos con colelitiasis asintomática desarrollaron síntomas con poca frecuencia después de la cirugía bariátrica. 5) No es necesario realizar la colecistectomía al mismo tiempo que la operación bariátrica en los pacientes asintomáticos.

P-57

Evolución favorable de paciente con gestación inadvertida durante Cirugía Bariátrica de revisión de Gastrectomía vertical

M^a De Los Angeles Mayo-Ossorio, Ander Begoechea- Trujillo, José Manuel Pacheco-García.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivo: la gastrectomía vertical es la técnica más empleada para el tratamiento de la obesidad, no obstante la regencia ponderal y la ERGE son las causas principales de cirugía de revisión. La prevención de embarazos se aconseja antes de la cirugía bariátrica y mucho más en el caso de cirugía de revisión. Presentamos el caso de una paciente sometida a cirugía de revisión por ERGE a los 4 años de Gastrectomía vertical presentando un embarazo inadvertido durante la misma.

Material y método: Paciente intervenida 4 años antes de obesidad mórbida mediante Gastrectomía vertical con adecuada pérdida ponderal, que acude a la revisión de los 4 años refiriendo vómitos y sintomatología de ERGE, que no mejora con tratamiento conservador. Se realiza: EDA, Manometría, Phmetría y EGD que confirman la presencia de ERGE con esofagitis grado A de Los Angeles, Demeester 59,7 y pequeña hernia de hiato. Se decide realizar cirugía bariátrica de revisión y se propone bypass gástrico tras valoración en comité multidisciplinar. Se incluye en lista de espera y es intervenida a los dos meses. Se realiza abordaje laparoscópico con 5 trocares. No se identifican alteraciones en la gastrectomía que presenta forma adecuada y no se aprecian torsiones ni adherencias a hígado ni pared abdominal. Realizamos bypass gástrico con asa biliopancreática a 70 cm y alimentaria a 150cm, sin incidencias.

Resultados: Inicia tolerancia oral a las 24h de la cirugía y es dada de alta al 3º día Postoperatorio. Revisión al mes de la cirugía, no ha perdido peso, y nos comunica que está embarazada de 17 semanas. La gestación es seguida por la unidad de embarazo de alto riesgo de nuestro centro, para seguir el bienestar fetal, y el estado nutricional por endocrinología. La paciente evoluciona favorablemente y llega a término dando a luz una niña de 3.800kg sana por parto vaginal.

Discusión: La cirugía bariátrica revisional, es un campo complejo en la cirugía bariátrica incluso en manos expertas y no está exenta de complicaciones. En nuestro caso la causa de la cirugía revisional fue la ERGE a los 4 años de una Gastrectomía vertical, y la técnica de elección es el Bypass gástrico. Por otro lado la cirugía en mujeres en edad fértil, ya sea primaria o revisional debe de postponerse hasta que la paciente haya cumplido su deseo genésico. En el caso de nuestra paciente la cirugía se postpuso un año porque la paciente deseaba un segundo embarazo y al no producirse decidió la cirugía. A pesar de emplear métodos anticonceptivos de barrera, y al tener la paciente habitualmente desarreglos menstruales, no sospecho la gestación, por lo que la cirugía se realizó estando ya embarazada sin conocerlo. A pesar de ello no presentó complicaciones y el desarrollo de la gestación fue favorable sin presentar problemas. No obstante en todas las mujeres en edad fértil que planean someterse a una cirugía bariátrica, se debe evitar el embarazo utilizando un método anticonceptivo confiable mucho antes de la cirugía.

P-58

Análisis del perfil lipídico y glucémico en pacientes operados de cirugía bariátrica a los 12 y 24 meses de seguimiento

Alejandro Garcia Muñoz-Najar, Mercedes Artuñedo Nieto, Pedro Artuñedo Pe, Jaime Ruiz Tovar, Carlos Ferrigni González, Leire Zarain Obrador, Ana Torres Alemán, Amalia Paniagua, Camilo Castellón Pavón, Manuel Durán Poveda.
Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

Objetivos: Realizar un estudio retrospectivo de la respuesta del colesterol, triglicéridos, HDL, Hemoglobina glicosilada y glucemia en una cohorte de 447 pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Material y métodos: Hemos realizado un seguimiento de los perfiles descritos en 447 pacientes intervenidos en la unidad de cirugía bariátrica. Las variables analizadas han sido el grado de obesidad, la corrección del IMC, técnica quirúrgica empleada (bypass gástrico y gastrectomía vertical). En el caso del bypass gástrico, se han analizado estas variables comparando las diferentes longitudes de asa biliopancreática

Resultados: Se estudian las variables de 447 pacientes, 142 hombres (31,8%) y 305 mujeres (68,2%). La edad media de los pacientes es de 45,09 (DS 11,00 rango 21-70). La comorbilidad asociada incluye DM (33,3%), HTA (40,3%), Dislipemia (33,3%), SAOS (64,4%). Se han realizado 359 bypass gástrico (81,2%) y 84 gastrectomía vertical (18,8%) y otras técnicas en 3 pacientes (0,7%). El grado de obesidad: grado I-II: 88 (19,7%), grado III: 0 y grado IV: Respecto a las longitudes de asa biliar, se realizaron hasta una longitud de 60 cm en el 39,5% y más de 80 cm en el 60,5%. El IMC inicial medio de los pacientes según técnica quirúrgica: BG 44,28 (DS 5,34) y GV 47,2 (DS 7,71). A los 12 meses el IMC medio fue de 28,51 (DS 4,13) y 31,81 (DS 7,19) respectivamente. A los 24 meses el IMC medio fue de 28,09 (DS 4,23) y 30,38 (DS 5,64) respectivamente. La reducción de IMC es estadísticamente significativa ($p < 0,005$) pero no se han encontrado diferencias entre la técnica quirúrgica empleada. En cuanto a las variables analíticas que se han estudiado en estos pacientes, se objetiva una disminución significativa en las cifras de colesterol y triglicéridos y una elevación de la HDL. Así como una disminución de la glucemia basal y la hemoglobina glicosilada.

Conclusiones: Se demuestra al igual que en trabajos previos una mejoría en los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes intervenidos de obesidad mórbida. Sin embargo, no se ha podido demostrar diferencias significativas dependiendo de la técnicas quirúrgicas empleadas y las longitudes de asa biliopancreática en el bypass gástrico específicamente.

P-60

¿Ha influido el confinamiento por Covid19 en la pérdida ponderal postquirúrgica en pacientes intervenidos de gastrectomía vertical?

Belén Matías-García¹, Alejandro García Muñoz-Najar², Carlos Ferrigni-González², Leire Zaráin-Obrador², Ana Torres-Alemán², Beatriz Laíz-Díez², César Lévano-Linares², Belén Manso-Abajo², Camilo Castellón-Pavón², Manuel Durán-Poveda².

¹Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares;

²Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

Objetivos: La cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para la obesidad mórbida, siendo el primer año el más importante en cuanto a la pérdida ponderal. El confinamiento de la población en sus hogares debido a la pandemia por coronavirus SARS-COV-2 disminuyó la actividad física en la población, lo cual puede haber influido en la pérdida de peso postquirúrgica. Nuestro objetivo es analizar si existen diferencias en la pérdida de peso postquirúrgica durante el primer año en pacientes intervenidos de gastrectomía vertical en los 6 meses previos a la pandemia por COVID19 respecto al mismo periodo del año anterior.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes intervenidos de gastrectomía vertical durante los 6 meses previos al inicio de la pandemia por coronavirus SARS-COV-2 (11 de marzo 2020, según la Organización Mundial de la Salud) y los pacientes intervenidos en el mismo periodo el año anterior en nuestro centro (área 3 de salud, 180.000 habitantes). Se estudiaron y fueron analizados las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidades (HTA, DM, DL, SAOS), IMC inicial, porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) y porcentaje de peso total perdido (%PTP). Los datos fueron tabulados y analizados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistic versión 25. En el caso de las variables categóricas, se calculó la proporción de cada variable con respecto al total de pacientes. Para las variables cuantitativas se estudiaron el promedio y la desviación estándar. Para comparar medias se utilizó la prueba T-Student en variables paramétricas y la prueba U de Mann-Whitney en variables no paramétricas.

Resultados: Se recogieron un total de 53 pacientes, de los cuales 33 fueron intervenidos durante los 6 meses previos a la declaración de pandemia por COVID19 (grupo 2) y 20 fueron intervenidos en el mismo periodo el año previo (grupo 1). Ambos grupos son homogéneos y por tanto comparables. Las características epidemiológicas se muestran en la tabla 1. Los resultados ponderales se muestran en la tabla 2.

TABLA 1	Grupo1 (n=20)	Grupo2 (n=33)	P valor
Edad	39,8±11,25	42,64±9,73	0,337
Sexo			
Hombres (%)	3(15)	12(36,4)	0,94
Mujeres (%)	17(85)	21(63,6)	
HTA (%)	8(40)	9(27,3)	0,336
DM (%)	3(15)	5(15,2)	0,988
DL (%)	4(7,5)	8(24,2)	0,721
SAOS (%)	12(60)	23(69,7)	0,47
IMC Inicial	45,53±7,84	43,37±7,19	0,263

TABLA 2		Grupo1 (n=20)	Grupo2 (n=33)	P valor
Prequirúrgico	%EPP	12,65±8,16	14,27±11,98	0,331
	%PTP	5,3±3,4	5,77±4,79	0,34
1er mes	%EPP	35,2±14,12	35,88±12,75	0,86
	%PTP	14,56±4,96	14,5±5,28	0,969
3er mes	%EPP	49,5±17,02	52,13±18,43	0,615
	%PTP	20,19±4,29	20,42±6,55	0,892
6º mes	%EPP	66,79±26,01	65,06±23,45	0,808

1er año	%PTP	27,09±7,3	25,47±7,62	0,456
	%EPP	77,78±32,46	71,16±27,05	0,45
	%PTP	31,43±8,7	27,5±9,51	0,16

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al %EPP y el %PTP en los pacientes sometidos a gastrectomía vertical cuyo postoperatorio discurrió durante los meses de confinamiento por la COVID19, con respecto a los mismos pacientes intervenidos durante el mismo periodo el año previo. No obstante, consideramos que son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para obtener conclusiones a nivel poblacional.

P-61

¿Influye la edad en el perfil de paciente bariátrico y en los resultados tras gastrectomía vertical laparoscópica?

Jennifer Triguero Cabrera, Mónica Mogollón González, María Arteaga Ledesma, Benjamina Espadas Padial, María Jesús Álvarez Martín.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Evaluar la influencia de la edad en el perfil de paciente bariátrico y en los resultados tras gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) en términos de pérdida de peso, resolución de comorbilidades y complicaciones postoperatorias.

Material y Métodos: Estudio observacional y unicéntrico realizado sobre una cohorte de pacientes sometidos a GVL entre Enero 2012-Marzo 2019.

Los pacientes fueron divididos en tres grupos etarios: 1) <35 años; 2) 35-50; 3) >50.

La pérdida de peso se expresó mediante el porcentaje de peso total perdido: %PTP = (peso inicial - peso actual / peso inicial) × 100.

Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes; las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. Se utilizó el test de Kruskal-Wallis para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: El grupo de estudio incluyó 125 pacientes: 81 (64,8%) mujeres; 44 (35,2%) varones. La mediana de seguimiento fue de 20 meses (10,5-36). Las diferencias en cuanto a las variables analizadas se muestran en la siguiente tabla:

		<35 años n=22	35- 50 años n=59	>50 años n=44	p
PARÁMETROS PREOPERATORIOS	Género				0,980
	-Varón	8(36,4)	21(35,6)	15(34,1)	
	-Mujer	14(63,6)	38(64,4)	29(65,9)	
	ASA				<0,001
	-I-II	12(54,5)	24(40,7)	5(11,4)	
	-III-IV	10(45,5)	35(59,3)	39(88,6)	
	HTA	6(27,3)	25(42,4)	30(68,2)	0,003
	DM II	2(9,1)	13(22)	20(45,5)	0,003
	Dislipemia	7(31,8)	19(32,2)	17(38,6)	0,763
	SAOS	11(50)	32(54,2)	24(54,5)	0,932
	Artropatía	4(18,2)	16(27,1)	22(50)	0,013
	Colelitiasis	4(18,2)	9(15,3)	7(15,9)	0,950
	Reflujo preoperatorio	1(4,5)	6(10,2)	4(9,1)	0,727
	Patología hiatal/esofagitis EDA	4(18,2)	11(19,3)	9(20,5)	0,975
PARÁMETROS QUIRÚRGICOS	Helicobacter Pylori	2(11,1)	19(39,6)	16(45,7)	0,039
	Esteatosis hepática	15(71,4)	33(61,1)	30(71,4)	0,498
	IMC preoperatorio (kg/m ²)	49(42-52)	50(45-56)	51(44-54)	0,329
	Balón intragástrico	4(18,2)	16(27,1)	5(11,4)	0,138
	Hiatoplastia	0	4(6,8)	4(9,1)	0,359
	Colecistectomía	2(9,1)	6(10,2)	3(6,8)	0,837
	Drenaje	2(9,1)	9(15,3)	2(4,5)	0,207
	Tiempo quirúrgico (minutos)	90 (73-110)	100 (80-134)	94 (75-117)	0,103
	Dindo-Clavien:				0,610
	• I-II	20(100)	43(97,7)	39(97,5)	
• III	0	1(2,3)	1(2,5)		
PARÁMETROS POSTOPERATORIOS	Fuga	0	2(3,4)	0	0,321

Reingresos	1(4,5)	2(3,4)	2(4,5)	0,953
Disfagia postoperatoria	0	7(13,2)	2(5,9)	0,139
Reflujo postoperatorio	1(4,5)	24(40,7)	13(29,5)	0,007
Cirugía revisional	0	6(10,2)	4(9,1)	0,307
Colelitiasis postoperatoria	5(22,7)	6(11,3)	3(8,6)	0,270
Colecistectomía postoperatoria	3(14,3)	3(5,7)	3(5,7)	0,321
Remisión DM II:	1(50)	8(61,5)	11(57,9)	0,946
Remisión HTA				0,154
-Completa	3(60)	13(56,5)	8(28,6)	
-Parcial	0	1(4,3)	6(21,4)	
Remisión SAOS				0,097
-Completa	6(66,7)	8(32)	7(31,8)	
-Parcial	2(22,2)	10(40)	4(18,2)	
%Peso Total Perdido:				
	10(7-12)	10(8-13)	11(8-15)	0,329
• 1 mes	18(11-21)	20(15-24)	18(14-23)	0,437
• 3 meses	28(18-33)	24	24(18-30)	0,136
• 6 meses	34(31-41)	26(22-30)	29(22-36)	0,017
• 1 año	41(30-44)	30	32(27-41)	0,274
• 2 años	39(28-44)	35(28-39)	28(22-34)	0,123
• 3 años		36(26-41)		
		30(24-41)		

Conclusiones: En nuestra serie, la edad más elevada condiciona un perfil de paciente más complejo, con mayor tasa de comorbilidades graves asociadas (HTA y DM) y una prevalencia más alta de *Helicobacter Pylori*. No hubo diferencias en el tiempo quirúrgico ni en la aparición de complicaciones postoperatorias o tasa de reingresos. Los pacientes entre 35-50 años, desarrollaron más reflujo postoperatorio siendo el grupo que más cirugía revisional precisó.

Según nuestros resultados, la GVL favorece una pérdida de peso rápida y significativa, así como una elevada tasa de resolución de comorbilidades en todos los pacientes independientemente de la edad.

P-62

Resultados tras gastrectomía vertical laparoscópica: ¿Son los cirujanos “milenial” una elección adecuada para realizar una técnica eficaz y segura?

Mónica Mogollón González, Jennifer Triguero Cabrera, María Arteaga Ledesma, Benjamina Espadas Padial, María Jesús Álvarez Martín.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) se ha consolidado como la técnica bariátrica más realizada en la actualidad a nivel mundial para el tratamiento de la obesidad mórbida. En este estudio evaluamos la relación entre los resultados de la GVL en términos de morbilidad, pérdida ponderal y resolución de comorbilidades y la experiencia del equipo quirúrgico que la lleva a cabo.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluye pacientes sometidos a GVL por obesidad mórbida entre Febrero 2013-Febrero 2019. Los cirujanos adscritos a la unidad de cirugía bariátrica fueron divididos en dos grupos en función de su experiencia: F.E.A junior y F.E.A senior. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. En el estudio estadístico se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 125 pacientes, 81(64,8%) mujeres y 44(35,2%) hombres. Las diversas variables analizadas estratificadas vienen expresadas en la siguiente tabla:

		F.E.A Junior (n=40)	F.E.A Senior (n=85)	p
PARÁMETROS PREOPERATORIO	Edad	47(40-54)	43(36,5-50)	0,048
	ASA			0,435
	-I-II	14(35%)	27(31,8%)	
	-III-IV	26(65%)	58(68,2%)	
	Comorbilidades			
	-HTA	19(47,5%)	42(49,4%)	0,497
	-DM2	11(27,5%)	24(28,2%)	0,555
	-Dislipemia	13(32,5%)	30(35,3%)	0,461
-SAOS	20(50%)	47(55,3%)	0,358	
-Artropatía	12(30%)	30(35,3%)	0,354	
Tipo obesidad				
-Ginecoide	16(47,1%)	14(21,5%)	0,007	
-Androide	18(52,9%)	42(64,6%)		
-Mixta	0	9(13,8%)		
BIG preoperatorio	11(27,5%)	14(16,5%)	0,116	
IMC preoperatorio	47(44-51,6)	49(44,9-56,2)	0,069	
PARÁMETROS QUIRÚRGICOS	Calibración sonda Foucher			<0,001
	-32-34F	2(5%)	29(34,2%)	
	-36-38F	38(95%)	56(65,9%)	
	Distancia píloro			<0,001
	-Próximo (2-3cm)	27(67,5%)	16(18,8%)	
-Distal (>4cm)	13(32,5%)	69(81,2%)		
Colecistectomía	3(7,5%)	8(9,4%)	0,509	
Tiempo quirúrgico (minutos)	90(77,5-120)	100(81-134)	0,153	
	Sangrado postoperatorio	1(2,5%)	2(2,4%)	0,681
	Fuga	1(2,5%)	1(1,2%)	0,539
	Dindo-Clavien			
	-I-II	33(97%)	69(98,6%)	0,385
-III	1(2,9%)	1(1,4%)		
-IV-V	0	0		

SEGUIMIENTO	Estancia hospitalaria (días)	3(2-4)	3(3-5)	0,007
	Reingreso por complicación	2(5%)	3(3,6%)	0,520
	Disfagia postoperatoria	3(10%)	6(7,6%)	0,472
	Reflujo postoperatorio	15(37,5%)	23(27,1%)	0,165
	Remisión comorbilidades			
	-HTA	8(50%)	23(57,5%)	0,414
	-DM2	6(54,5%)	14(60,9%)	0,505
	-Dislipemia	8(72,7%)	11(52,4%)	0,233
	-SAOS	7(41,2%)	14(35,9%)	0,535
	Cirugía revisional	0	10(11,8%)	0,018
	PPTP≥30%			
-6 meses	8(23,5%)	21(32,8%)	0,236	
-1º año	26(65%)	48(65,8%)	0,548	
-2º año	14(66,7%)	38(69,1%)	0,523	
Seguimiento(meses)	12(5-18,5)	28(14-43)	<0,001	

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que los resultados de los pacientes intervenidos por F.E.A junior adscritos a la unidad de cirugía bariátrica son comparables a los conseguidos por cirujanos más experimentados en términos de pérdida ponderal y remisión y mejora de SAOS y dislipemia acordes con los estándares de calidad. No se ha detectado un incremento en la morbilidad del procedimiento ni del tiempo quirúrgico.

En nuestra experiencia, la GVL llevada a cabo por cirujanos jóvenes formados en el seno de equipos experimentados en cirugía bariátrica, es un procedimiento seguro con resultados que se engloban dentro de los estándares de calidad requeridos

P-63

Colelitiasis y cirugía bariátrica: ¿Cuál es el enfoque terapéutico más eficaz?

Mónica Mogollón González, Jennifer Triguero Cabrera, Mohamed Hassim Mohamed Chairi, Benamina Espadas Padial, María Jesús Álvarez Martín.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La obesidad y la pérdida de peso rápida tras la cirugía bariátrica son factores de riesgo conocidos para el desarrollo de colelitiasis. Nuestro objetivo fue evaluar la incidencia de colelitiasis en nuestra serie, la viabilidad de la colecistectomía concomitante selectiva en pacientes con enfermedad sintomática y estudiar los factores de riesgo para el desarrollo de cálculos biliares tras gastrectomía vertical laparoscópica (GVL).

Material y Métodos: Estudio observacional y unicéntrico realizado sobre una cohorte de pacientes sometidos a GVL entre Enero 2012-Marzo 2019. Los pacientes con colecistectomía previa a la cirugía bariátrica fueron excluidos.

El diagnóstico de colelitiasis se estableció mediante ecografía abdominal, realizada de forma rutinaria en todos los pacientes incluidos en el programa de cirugía bariátrica.

Los síntomas se detectaron mediante una historia clínica dirigida.

Se realizó un estudio descriptivo de nuestra serie y un análisis univariante. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes; las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. Se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: De los 125 pacientes incluidos en el estudio, 20 (16%) presentaban colelitiasis preoperatoria (11 casos sintomática vs. 9 asintomática). De ellos, solo los 11 pacientes con enfermedad sintomática se sometieron a colecistectomía concomitante junto con el procedimiento restrictivo.

De las diversas variables analizadas, solo se constataron diferencias en el IMC preoperatorio: 51,8 (47-60) kg/m² en pacientes con colelitiasis vs. IMC 48,5(44-54) kg/m² en pacientes sin colelitiasis ($p < 0,014$).

La realización de colecistectomía concomitante no aumentó la morbilidad postoperatoria, el tiempo quirúrgico ni la estancia hospitalaria.

Durante el seguimiento se detectaron 10 casos de colelitiasis de novo de los 114 pacientes con vesícula "in situ" (8,8%). De ellos, 8 precisaron colecistectomía por enfermedad sintomática, siendo una de ellas de carácter urgente por desarrollo de colecistitis. Ninguno de los pacientes con colelitiasis asintomática en el momento de la cirugía, progresó a enfermedad sintomática o complicada. Los pacientes que desarrollaron colelitiasis sintomática no fueron significativamente diferentes al resto del grupo.

En el estudio estadístico, ni la pérdida ponderal (expresada en porcentaje de peso total perdido) ni el resto de variables se relacionaron de forma significativa con la aparición de litiasis de novo.

Conclusiones: Según nuestros resultados, el manejo de los pacientes con cálculos biliares en pacientes con obesidad mórbida no debe ser diferente al de los pacientes normopeso, no obstante se requieren más estudios para afianzar estos resultados.

Aunque la colecistectomía concomitante no añadió morbilidad a la GVL, realizarla solamente en pacientes sintomáticos parece ser un enfoque eficaz. Los cálculos biliares asintomáticos pueden no tratarse en el momento de la cirugía bariátrica.

No se identificaron factores de riesgo para el desarrollo de litiasis de novo, y su tratamiento podría postponerse también en estos casos hasta el desarrollo de síntomas.

P-64

Resultados ponderales de la gastroplastia por vía endoscópica tipo apollo en nuestro centro

María Teresa Serrano Muñoz¹, Juan Ignacio Arenas Ruiz-Tapiador¹, Francisco Zozaya Larrequi², Eider Sanchez Tolosa¹, Susana Gonzalez De La Nava¹.

¹Policlínica Gipuzkoa, Donostia-San Sebastián;

²Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Objetivos: La cirugía bariátrica ha demostrado ser una respuesta eficaz para las obesidades más graves, aunque en pacientes con obesidades más leves el abordaje quirúrgico podría resultar agresivo y suele ser rechazado por el paciente.

La endoscopia bariátrica tipo Apollo es una técnica prometedora para el tratamiento de la obesidad grado 1 y obesidad grado 2 sin comorbilidades.

En nuestro centro realizamos la gastroplastia endoscópica tipo Apollo acompañada por un seguimiento anual con un equipo multidisciplinar formado por digestivo, endocrinología, nutricionista y psicóloga.

El objetivo del presente trabajo es cuantificar los resultados ponderales con la gastroplastia tipo Apollo y el seguimiento con el equipo multidisciplinar.

Pacientes y métodos: Se analizaron retrospectivamente los resultados de 19 pacientes sometidos a gastroplastia endoscópica entre Octubre de 2017 y Febrero de 2019, todos los pacientes incluidos en este trabajo finalizaron el seguimiento para Febrero de 2020 y fueron seguidos por el mismo equipo multidisciplinar.

De estos 19 pacientes, 13 son mujeres y 6 son varones. La media de edad es de 41,57 años +/- 13,04 años.

Se recogieron datos ponderales durante el seguimiento a los 3, 6 y 12 meses tras la realización de la gastroplastia bariátrica, se volcaron en una tabla de Excel y se analizaron con una calculadora científica Casio.

Resultados:

Al inicio del programa el IMC medio de la muestra era de 35,87 Kg/m² (rango de 29,53 Kg/m² a 42,7 Kg/m²). A los 3 meses de realizada la intervención la adherencia al seguimiento era del 100 %, por lo que escogimos este momento para tener datos de todos los pacientes.

El porcentaje del peso corporal total perdido a los 3 meses fue de 15,32 % +/- 4,87 %.

El seguimiento anual con el equipo multidisciplinar es completado por 14 pacientes.

A los pacientes que completan el seguimiento se les calcula el porcentaje del exceso de peso perdido y el porcentaje de exceso de IMC perdido. El porcentaje del exceso de peso perdido tomando como referencia el límite superior de la normalidad del normopeso ha sido de 42,4 % +/- 24,8%.

Se produce una reducción del exceso de IMC del 53,94% +/- 29,50% (Mujeres: 56,97% +/- 29,78%; Varones: 48,29% +/- 28,34%)

Al final del programa los pacientes perdieron una media de 16,44 Kg +/- 9,40 Kg.

En un caso la técnica no fue eficaz, ya que sólo se consiguió una pérdida de 2,9 Kg al final del año, en el resto de los pacientes la pérdida de peso fue satisfactoria. En 2 pacientes, a pesar de una adecuada pérdida de peso superior en ambos casos al 30% del sobrepeso, se sintieron insatisfechas con los resultados por obtener una saciedad por debajo de sus expectativas.

Conclusiones:

1.-La gastroplastia por vía endoscópica de tipo Apollo es una técnica segura y efectiva para la pérdida de peso.

2.- En nuestra muestra la edad avanzada y el sexo femenino se relacionan con la insatisfacción con el resultado de la técnica percibido por el paciente (saciedad por debajo de las expectativas).

P-65

Análisis de las causas de cirugía de revisión y cómo prevenirlas

Sagrario Martinez Cortijo, Mari Carmen Carballo Lopez, Monica Garcia Aparicio, Elena Ortega Ortega, Julia Diez Izquierdo, Felipe Garcia Sanchez, Javier Broekhuizen Benitez, Esther Cano Pecharroman.

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Introducción: La cirugía bariátrica se ha popularizado en los últimos años, esto ha hecho que hayan surgido numerosos grupos en hospitales nivel II con un alto nivel de calidad y que tienen la ventaja que atienden a una población cerrada por lo que se pueden seguir con mayor facilidad a los enfermos y valorar los resultados de la cirugía bariátrica y sus consecuencias. El objetivo de nuestra comunicación es analizar las causas de la cirugía de revisión de nuestra serie y el tratamiento que hemos realizado en cada una de ellas, así como analizar las pruebas diagnósticas prequirúrgicas.

Material y Métodos: Durante el periodo comprendido entre junio 2010 y diciembre de 2019, hemos intervenido en nuestro grupo 117 pacientes (87 mujeres, 30 hombres), todos ellos han seguido un estricto protocolo, pre, per y postoperatorio controlado por el grupo multidisciplinar. Todos los pacientes se les realizó analítica, ECO abd, estudio esofagogastrico(EGD o Gastroscopia), control endocrinológico, psiquiátrico, neumológico y cardiológico. En el postoperatorio los pacientes han sido seguidos por endocrinología, nutricionista y cirugía.

Resultados: La cirugía ha sido realizada siempre por el mismo equipo (5 cirujanos). Hemos realizado 84 (72%) tubulares gástricos, 28 Bypass (24%) y un SADIs. A estas cirugías hemos asociado 24 procedimientos (20%) de ellos 19 cierre de pilares (17%) por alteración en gastroscopia. Hemos recogido 5 fistulas (4.2%) y un exitus (0.8%). Los pacientes han sido seguidos una media de 65 meses (2-100) y hemos perdido en este seguimiento 28 pacientes (24%)

Hemos realizado 9 (7.6%) cirugías de revisión, 2 retiradas de banda (una se reconvirtió a bypass y otra a tubular), un reconversión de gastroplastia vertical anillada a bypass, 2 por estenosis del tubular, 1 por rotación del tubular, 3 (2.5%) por RGE todas ellas fueron tubulares que se reconvirtieron a bypass, 1 de ellos tenía hernia de hiato previa y esofagitis, se cerraron pilares en la primera cirugía en gastroscopia de control esofagitis severa, se realizó by pass, otro paciente tenía hernia de hiato en gastroscopia previa se realizó tubular y cierre de pilares, se reintervino con gastroscopia con hernia de hiato y síntomas de RGE severo. 1 paciente presento RGE con gastroscopia con esofagitis grado II en postoperatorio de tubular y se sometió a By pass.

Conclusiones: En nuestro grupo, como la mayoría que empezaron en la década de 2010 hay un alto número de gastrectomias tubulares. El porcentaje de cirugía de revisión no es muy alto, y dentro de este porcentaje solo la tercera parte ha sido por RGE y otra tercera por defecto técnico. Es de esperar tal como demuestra la literatura actual que aparezcan un mayor número de casos de pacientes con RGE sintomático o endoscópico en el grupo que fue sometido a tubular gástrico y lo que no queda claro es el papel del cierre de pilares, ya que en nuestra serie solo un 15% de los pacientes a quien se cerraron los pilares requirió reintervención.

P-67

¿Influyen las complicaciones perioperatorias o la estancia prolongada en los resultados a largo plazo de la cirugía bariátrica?

Mireia Verdaguer Tremolosa, Amador Garcia Ruiz De Gordejuela, Montse Adell Trape, Ramon Vilallonga Puy, Marc Beisani, Maria Jose Gomez Jurado, Enric Caubet Busquet, Carlos Gustavo Petrola Chacon, Oscar Gonzalez, Jose Manuel Fort.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Objetivos: Las complicaciones agudas tras cirugía bariátrica representan un porcentaje escaso de la práctica habitual, pero con una gran significación en la recuperación inicial de los pacientes. No queda claro si las secuelas de estas complicaciones pueden tener influencia en la pérdida ponderal a largo plazo.

En este trabajo evaluamos si existe diferente evolución ponderal en aquellos pacientes que han tenido complicaciones agudas o estancia prolongada en el postoperatorio.

Métodos: Estudio retrospectivo de la base de datos prospectiva de la Unidad de Cirugía Bariátrica de nuestro centro. Se incluyen sólo los pacientes intervenidos de Sleeve y Bypass gástrico como técnica primaria, con 5 años completos de seguimiento sin pérdidas. Se define estancia prolongada aquella superior a 10 días postoperatorios. Se incluyen todas las complicaciones agudas independientemente de la gravedad de las mismas. Se han excluido pacientes con complicaciones crónicas o de aparición tardía.

Resultados: Se ha evaluado un total de 202 pacientes intervenidos de sleeve y 234 de bypass gástrico, todos ellos intervenidos por cirugía laparoscópica o robótica asistida de forma consecutiva entre 2006 y 2014. Ambos grupos son comparables en el momento de la cirugía. Trece pacientes de sleeve (6,4%) y 31 pacientes de bypass (13,2%) presentaron algún tipo de complicación postoperatoria aguda. Ocho casos de Sleeve (3,9%) y 17 de bypass (7,2%) tuvieron que ser reintervenidos en el postoperatorio inmediato. Cuatro pacientes de sleeve (2%) y 12 de bypass (5,1%) tuvieron una estancia superior a 10 días. En el grupo de sleeve la aparición de complicaciones no influyó en la evolución ponderal a los 5 años (IMC 32,96kg/m² vs 34,79 kg/m² y TWL 27,49% vs 32,37%, ambas p>0,05). En cambio, en el grupo de bypass los pacientes con complicaciones perdieron menos peso a los 5 años (IMC 30,39 kg/m² vs 32,35 kg/m², p= 0,036, y TWL 32,54% vs. 27,45%, p=0,01). El análisis individual de las complicaciones mayores (Clavien>2) no mostró diferencias en el grupo de bypass. La estancia postoperatoria prolongada no condicionó en ningún caso diferencias en la evolución ponderal.

Conclusiones: Las complicaciones postoperatorias agudas no parecen tener influencia en la pérdida ponderal a largo plazo tras gastrectomía vertical, pero sí tras bypass gástrico. Este análisis no permite identificar que tipo específico de morbilidad condiciona una peor pérdida ponderal.

P-68

Resultados a largo plazo tras la colocación de balón elipse

Alberto Jose Pagán Pomar, Selena Borrachero Almodovar, Maria Carrera Ferrer, Gabriela Nicola Orejas.

Centro Integral de Nutrición Islas Baleares, Palma.

Objetivos: La colocación de un balón gástrico para promover la pérdida de peso es una opción de tratamiento en pacientes con sobrepeso y obesidad grado I asociado a tratamientos de cambios de estilo de vida.

Nuestro objetivo es evaluar los beneficios potenciales del balón ELIPSE a largo plazo al asociar un tratamiento psiconutricional mantenido.

Material y métodos: Se incluyó en un estudio prospectivo a 77 pacientes consecutivos para la colocación de un balón ELIPSE. Se asoció un programa nutricional y de apoyo psicológico durante 4 meses y un seguimiento clínico mensual y se asoció una prolongación del programa psiconutricional mensual hasta el año posterior a la colocación. Se valoraron los resultados de pérdida de peso al final del tratamiento.

Resultados: Se trata de 62 mujeres (80,5%) y 15 hombres (19,5%) con una edad media de 43,7±9,8 años. Presentaban un peso medio de 91,28 ±17,4 kilos; con un IMC al inicio de tratamiento de 32,85 ± 5,1 kg /m².

A un paciente se le retiró el balón a los dos meses de su colocación por intolerancia y no siguió el tratamiento. Se realizó seguimiento en el 97,6% de la serie.

Tras la colocación, 17 casos (21,9%) estuvieron asintomático y 60 pacientes (77,9%) presentaron náusea o vómitos entre 24 y 72 h que requirieron algún tratamiento específico.

El peso final a los 4 meses fue de 78,73 kilos. Al año de la colocación el peso final medio obtenido fue de 72,03 kilos; con un IMC final tras el tratamiento de 25,25 kg /m². Se observó una pérdida de peso y de IMC perdido significativamente mayor al final del año que a los 4 meses (p<.000)

Comparación de medias de peso perdido a los 4 meses y al año

Media de peso perdido a los 4M	Media de peso perdido al año	Significación
12,55	19,28	,000

Comparación % IMC perdido a 4 y 12 M

Media % IMC perdido a 4M	Media % IMC perdido al año	Significación
67,25	100,67	,000

Conclusiones: El balón ELIPSE presenta síntomas tras su colocación que habitualmente tienen respuesta al tratamiento médico. Su implantación es útil ante el sobrepeso y obesidad grado I en la obtención de una pérdida de peso a los 4 meses. Los resultados al año del tratamiento cuando se asocia un programa psiconutricional son incluso superiores que los obtenidos en los primeros 4 meses.

P-69

Mirada integral del paciente en una unidad multidisciplinar de obesidad mórbida-cirugía bariátrica

Verónica Clamagirand Saiz, Montserrat Gonzalo Marín, Custodia Montiel Casado, Silvia Patricia Alonso Gallardo, Viyey K Doulatram Gamgaram, Francisco Javier Moreno Ruiz, Sergio Valdes Hernandez, Alberto Rodriguez Cañete, Jose Luis Fernández Aguilar, Paloma Fernández-Novel Rodriguez.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: La cirugía bariátrica es el tratamiento de elección para los casos más graves y resistentes de obesidad mórbida o extrema en la actualidad y los resultados obtenidos son ya incuestionables, siempre que la selección de pacientes, la intervención y el seguimiento sea realizados por un equipo multidisciplinar (Cirujano Digestivo, Psicólogo Clínico, Endocrinólogo) experto y coordinado en una Unidad de Obesidad Mórbida-Cirugía Bariátrica. Dentro de esta selección del candidato, el objetivo de la evaluación psicológica es constatar que la condición psíquica del paciente obeso posibilita una adecuada comprensión, afrontamiento y adaptación del proceso quirúrgico, siendo una contraindicación la conducta alimentaria de tipo bulímica.

La complejidad y las peculiares características de las comorbilidades de estos pacientes requiere de una mirada integral por parte de cada profesional implicado en su atención

Material y Métodos: Se describe el caso clínico de una paciente de mujer de 46 años, con IMC: 43 cuando inicia contacto con la Unidad en noviembre de 2015. Presenta obesidad desde la infancia y múltiples antecedentes familiares. Soltera, tiene una hija de 9 años y diversos problemas socioeconómicos. Tras ser valorada por Endocrinología es remitida a Psicología Clínica para valoración previa a su inclusión en lista de espera.

Se realiza evaluación psicológica usando como metodología la entrevista clínica semiestructurada y pruebas psicométricas (evaluación multiaxial: SCL-90-R, afectividad y ansiedad: HAD, conducta alimentaria y bulimia: BITE, BULIT, EDI-III, apoyo sociofamiliar: Duck, y calidad de vida:EQ-5D), se constata la presencia de síntomas afectivos y bulímicos subclínicos que no son considerados contraindicaciones absolutas y se remite a su Unidad de Salud Mental Comunitaria para intervención psicoterapéutica.

Es recibida por Cirugía Digestiva para valoración en febrero de 2019, manteniendo su IMC y presentando un discurso ambivalente sugerente de malestar emocional, decidiendo este especialista volver a solicitar valoración actualizada de la paciente por parte de Psicología Clínica de la Unidad Multidisciplinar de Cirugía Bariátrica. En esta nueva valoración, realizada con la misma metodología, la paciente presenta debido a la psicoterapia realizada durante este intervalo una mayor capacidad de introspección y conciencia de su problemática que deja en primer plano síntomas bulímicos activos que habían sido encubiertos en la evaluación psíquica previa.

Resultados: Se decide en sesión clínica de la Unidad su exclusión temporal de lista de espera y se acuerda con la paciente un plan terapéutico que incluye abordaje psicológico para el control de sus síntomas alimentarios y seguimiento por Endocrinología y, según evolución, volverá a ser incluida en el proceso de cirugía bariátrica.

Conclusiones: Se pone de manifiesto la necesidad de la atención integral y continuada durante todo el proceso de cirugía bariátrica y la asistencia coordinada ente los profesionales de estas Unidades especializadas, potenciando la participación activa del paciente, lo que incrementa la eficacia y efectividad de la atención y es garantía de calidad.

P-70

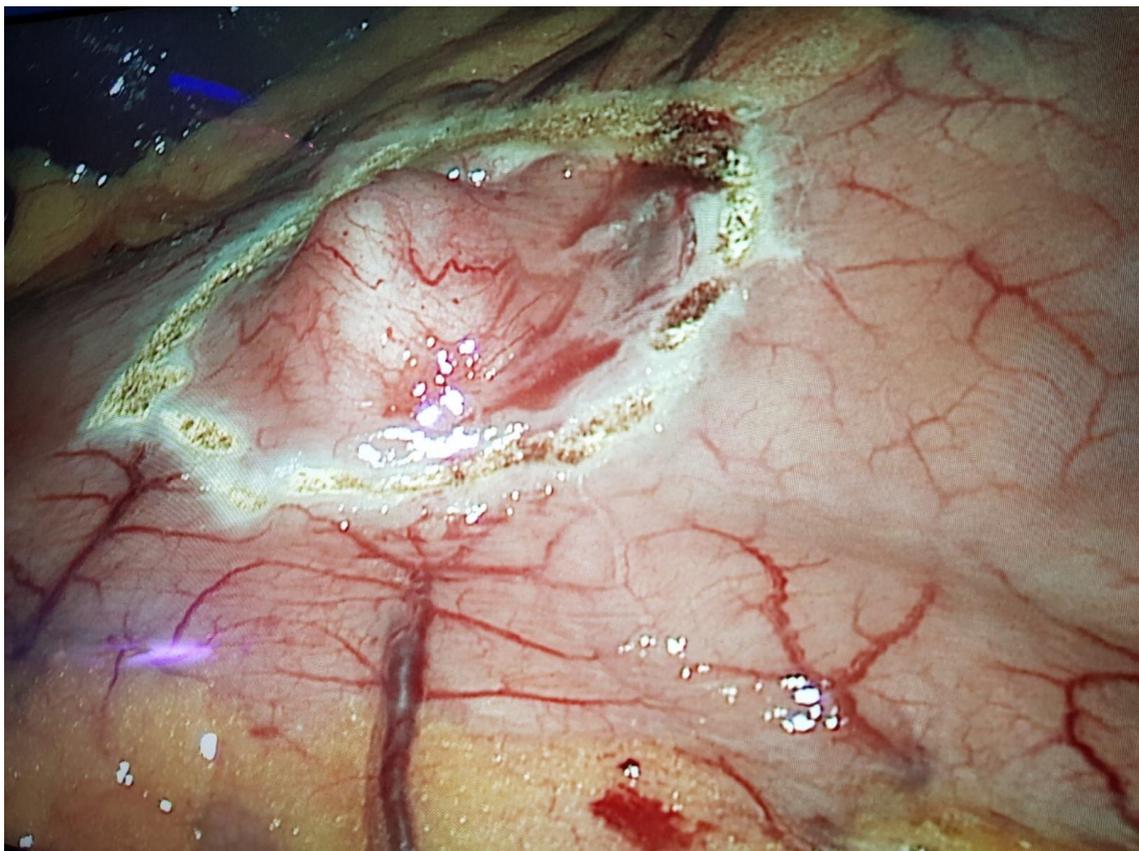
Schwannoma gástrico incidental durante gastrectomía vertical laparoscópica

Jose Bravo Hernández, Juan Pérez Legaz, Mónica Rey Riveiro, Ana Sánchez Romero, Pilar Serrano Paz.

Hospital del Vinalopo, Elche.

El schwannoma gástrico es un tumor mesenquimal infrecuente que se origina en las células de Schwann del plexo nervioso de la pared gástrica. Representa el 0.2% de todos los tumores gástricos. Es más prevalente en mujeres y se suele presentar en la quinta década de vida. La mayoría son asintomáticos, de crecimiento lento y benignos. Se debe hacer diagnóstico diferencial con otros tumores mesenquimales, como el GIST y el leiomioma, con los que a menudo se confunde. Diversos factores se deben tener en cuenta para el manejo adecuado de los schwannomas gástricos, como son el tamaño tumoral, la sintomatología y los hallazgos histológicos.

Presentamos el caso de un hombre de 41 años con IMC 51, sin sintomatología digestiva, programado para gastrectomía vertical laparoscópica. Durante la intervención se objetivó de forma incidental una tumoración excrecente de aproximadamente 3 cm en cara anterior de antro. Ante la sospecha inicial de GIST gástrico se realizó resección laparoscópica tumoral con márgenes amplios, y se postpuso la cirugía bariátrica en un segundo tiempo a la espera de resultados y manejo. Fue alta al cuarto día. El examen anatomopatológico informó de lesión bien delimitada, no encapsulada, formada por células fusiformes con escasa atipia citológica. No se observaron mitosis ni áreas necroticohemorrágicas. El estudio inmunohistoquímico fue positivo para VIM y S-100; y negativo para C-KIT, CD34, y desmina. El KI67 fue del 3%. Ante cirugía practicada y hallazgos histológicos no precisó más tratamiento. Tras 2 años de seguimiento clínico y endoscópico libre de enfermedad, se realizó gastrectomía vertical laparoscópica. El resultado histológico del estómago resecado no presentaba lesiones. Actualmente se encuentra libre de enfermedad y con pérdida del 45% del exceso de peso.



P-71

Úlcera marginal tras bypass gastroyeyunal: Jugando a la ruleta rusa con el tabaco

Elena Ruiz-Úcar, Manuel Medina-García, Debora Acín-Gándara, Fernando Pereira-Pérez.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: Una complicación postoperatoria común después del bypass gástrico laparoscópico Roux-en-Y (LRYGB) es el desarrollo de úlceras marginales (UM) en la anastomosis gastroyeyunal. Varios factores de riesgo, como fumar, parecen tener un impacto en el desarrollo de las UM.

OBJETIVO: Presentar el caso de cirugía bariátrica revisional laparoscópica en paciente con UM tras LRYGB asociada a tabaquismo .

Material y Métodos: Mujer de 43 años con LRYGB 6/09/2010 por obesidad grado IV .En abril 2015 inicia epigastralgia y dolor postprandial . Persistencia de hábito tabáquico tras la cirugía hasta enero 2019 a pesar de la clínica , falta de mejoría con diferentes líneas de Inhibidores de la bomba de protones y hallazgos endoscópicos.

Pruebas complementarias:

GASTROSCOPIA(EDA) 3/7/15: Cambios posquirúrgicos gástricos. Gastritis erosiva. Biopsias reservorio gástrico: GASTRITIS AGUDA EROSIVA. Presencia Helicobacter pylori.

Se inicia erradicación con OCA .Cambio a pantoprazol. Test del aliento post-tratamiento (H.Pylori) Negativo EDA 25/04/2018

Úlcera yeyunal Forrest III Biopsia: Metaplasia intestinal e inflamación crónica

Cambios postquirúrgicos gástricos

Gastropatía erosiva

Persiste la misma sintomatología, algo mejor con Esomeprazol 40 a doble dosis. Deja de fumar en enero 2019.

EDA 05/03/2019: Transición mucosa e hiato a nivel. Línea Z sin lesiones. Estómago: Cambios postquirúrgicos en relación con bypass gástrico, reservorio gástrico sin alteraciones. Anastomosis sin alteraciones. Se progresa por asa yeyunal objetivando úlcera duodenal plana de unos 15 mm, se toman biopsias del borde de la úlcera.

Procedimientos: Biopsia Diagnóstico: Persistencia de úlcera duodenal. A.P: Inflamación crónica leve, inespecífica.

No se observa atrofia vellositaria ni aumento de linfocitos intraepiteliales.

TC ABDÓMINO-PELVICO CON CONTRASTE 31-03-2019:

Diagnóstico: Sin alteraciones significativas.

Estudio Neuroendocrino julio /2019: cortisol basal, tsh, polipectido pancreatino , glucagón , vip, catecolaminas; resultados sin significación patológica

AntiTGA negativo. H.pylori negativo. Gastrina normal. Cromogranina A 186.

OSTREOSCAN: RASTREO SPET RECEPT SOMATOSTATINA del 17-10-2019

Estudio dentro de límites normales.

PHMETRÍA ESOFAGO-GÁSTRICA CON TRATAMIENTO: adecuada inhibición ácida esofágica. inadecuada inhibición ácida gástrica

MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN

Motilidad esofágica ineficaz, con pequeña separación entre la impronta diafrágica y

esfínter esofágico inferior de 2.3cm.

Tránsito gastrointestinal(TGI) para valorar tamaño de reservorio gástrico previamente a la cirugía revisional.

Resultados:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: cirugía revisional: resección de anastomosis previa incluyendo UM, nueva anastomosis gastroyeyunal +vagotomía troncular.

POSTOPERATORIO: se realizan TGI y TAC toracoabdominal con contraste oral donde se objetiva paso correcto de contraste y sin complicaciones y de fugas anastomóticas.

CONCLUSIONES: La mayoría de las UM ocurren dentro del primer año postoperatorio. El tabaquismo es un predictor independiente y estadísticamente significativo del desarrollo de UM con un riesgo 4.6 veces mayor independientemente del grado de tabaquismo , leve , moderado o severo: la misma tasa de UM (17.4% versus 17.1% versus 17.9%, respectivamente).

Las úlceras marginales son una de las complicaciones más importantes y frecuentes después de LRYGB. Fumar a cualquier intensidad se asocia con un riesgo extraordinario de formación de UM después de LRYGB y, por lo tanto, se debe recomendar dejar de fumar antes de la cirugía bariátrica.

P-72

Obesidad mórbida, SD Febril e infección por Eggerthella

Esther Raga Carceller.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Introducción: La cirugía bariátrica, está indicada en aquellos pacientes con IMC >40 o IMC>35 con comorbilidades. Debe ser considerada una pandemia.

Estudios recientes, demuestran que la infección por Eggerthella lenta está asociada a un amplio espectro de enfermedades (considerada generalmente enfermedad gastrointestinal transitoria). No debe ser considerada como resultado contaminado, debe estudiarse en detalle. En bibliografía revisada, bacteriemias de novo en 50%, solamente 44% tienen su origen en causa abdominal, 40% en causa en enfermedad de piel o tejidos blandos.

Material y Métodos: Presentamos el caso de una paciente de 46 años con antecedentes de obesidad mórbida, sd ansioso-depresivo y diabetes gestacional, intervenida quirúrgicamente por obesidad mórbida, practicándosele un By Pass Gastro-Yeyunal en Y de Roux vía laparoscópica sin incidencias post-operatorias inmediatas, dada de alta al 2º día post-operatorio.

En los meses posteriores, la paciente presenta mala tolerancia oral, náuseas y vómitos, asociados a considerable pérdida de peso. Se le realizan estudios complementarios, FGS, TEGD y TAC con contraste oral, que descartan estenosis, fugas anastomóticas u otras complicaciones post-quirúrgicas. La paciente presenta mejoría clínica progresiva con buena tolerancia oral.

En los meses siguientes, en seguimiento ambulatorio, la paciente presenta nuevamente intolerancia oral, debilidad generalizada, nueva pérdida de peso y dolor post-pandrial.

Resultados: Finalmente, se decide ingreso en nuestro servicio con el fin de realizar nuevamente pruebas complementarias e iniciar nutrición parenteral a la espera de resultados. Dichos exámenes complementarios, descartan complicaciones post-quirúrgicas.

Paciente presenta empeoramiento estado general, se mantiene dieta absoluta/parenteralenteral. Presenta durante estada en planta caída casual, e hipoglicemias mantenidas, descartándose lesiones agudas en tac craneal. Posteriormente sd febril, deterioro estado general, pancitopenia, plaquetopenia, e hipotensión. Se decide ingreso en UCI, inician antibioticoterapia amplio espectro por signos clínicos y analíticos de sepsis, descartándose nuevamente complicaciones post-quirúrgicas. Valoración y tratamiento por parte servicio Psiquiatría quien instaura tratamiento. Se descarta sepsis por infección cultivo punta catéter. Mejoría progresiva, dada de alta de UCI con el diagnóstico de sepsis de origen no filiado. Paciente ingresa en planta MIN, mejoría progresiva y alta domiciliaria.

En hemocultivos: positivo para Eggerthella lenta.

Dicha bacteria, está relacionada en su mayor parte con infecciones intraabdominales, pero descartadas estas, debemos tener en cuenta sepsis de otros orígenes así como estados de síndrome depresivo.

Discusión: La obesidad mórbida debe ser considerada una pandemia.

La obesidad mórbida muy frecuentemente asociada a síndrome depresivo.

En el paciente con obesidad mórbida, es de gran importancia el soporte tanto psicológico como psiquiátrico, el soporte familiar, así como también el soporte en el ambiente laboral.

Es de gran importancia, en el paciente bariátrico, descartar causas orgánicas como motivo de bacteriemia, sd febril, mala tolerancia oral, pérdida de peso no justificada de inicio.

Obesidad mórbida-Sd depresivo-Sd febril-Eggerthella lenta.

P-73

Colelitiasis de novo sintomática tras cirugía bariátrica: Incidencia y factores de riesgo

Ainhoa Andres Imaz, Laura Martí Gelonch, Alba García Trancho, José Ignacio Asensio Gallego, Emma Eizaguirre Letamendia, Javier Murgoitio Lazcano, José María Enríquez Navascués.
Hospital Universitario Donostia, Donostia.

Objetivo: Conocer la incidencia de colelitiasis de novo sintomática (CLS) tras cirugía bariátrica (CB) y analizar sus factores de riesgo.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico sobre una base de datos prospectiva de la Sección de Cirugía Esófago-Gástrica y Obesidad. Se han incluido todos los pacientes sometidos a gastrectomía vertical (GV) o by-pass gástrico (BPG) entre Enero 2010 y Diciembre 2017 y que tuviesen una ecografía preoperatoria sin evidencia de colelitiasis. Se han excluido aquellos con CB previa o con un seguimiento menor a 24 meses. Se han analizado las características demográficas, la técnica quirúrgica, el IMC inicial y % exceso de IMC perdido (%EIMCP) al 6º, 12º y 24º mes postoperatorio.

Resultados: De los 399 pacientes incluidos, 34 estaban previamente colecistectomizados (8,5%), en 78 se realizó colecistectomía concomitante (19,5%) y 7 tenían colelitiasis asintomática preoperatoria pero no fueron colecistectomizados (1,7%). Las características de los pacientes se muestran en la Tabla 1.

Los pacientes intervenidos, no colecistectomizados y con ecografía preoperatoria negativa fueron 280. Veintinueve pacientes desarrollaron colelitiasis de novo sintomática (CLS) (10,35%) (Grupo A) y el resto permanecieron asintomáticos (Grupo B).

Respecto al grupo A, la mayoría debutaron con cólicos biliares de repetición (15 (48,3%)) y durante los primeros 24 meses postoperatorios (21 (75%)). Veintisiete requirieron colecistectomía, la mayoría de forma electiva y laparoscópica.

Comparando ambos grupos, no se observaron diferencias significativas en cuanto a la edad, género, comorbilidades, IMC inicial o técnica quirúrgica, aunque sí cierta tendencia protectora de la HTA, la DM y el BPG. Sin embargo, la mayor pérdida de peso (%EIMCP) durante los 24 primeros meses postoperatorios se correlacionó de forma estadísticamente significativa con un mayor riesgo de CLS (Tabla 2).

Conclusiones: Uno de cada 10 pacientes intervenidos ha desarrollado una CLS, 75% durante los primeros 24 meses postoperatorios, siendo necesaria la colecistectomía en casi todos. Un mayor %EIMCP aumentó de forma significativa el riesgo de CLS. Además, la HTA, la DM y el BPG parecen tener cierto efecto protector.

Número de pacientes (%)	399
Edad media (DE)	44,92 (11,84)
Mujeres (%)	287 (71,93)
DM tipo 2 (%)	114 (28,57)
HTA (%)	175 (43,86)
IMC inicial (DE)	46,03 (7,04)
% exceso de IMC perdido al 6º mes (DE)	55,73 (34,14)
% exceso de IMC perdido al 12º mes (DE)	69,82 (27,19)
% exceso de IMC perdido al 24º mes (DE)	71,13 (27,82)
BPGL (%)	255 (63,91)
GVL (%)	144 (36,09)

	Grupo A (CLS)	Grupo B (No CLS)	OR	IC 95%	Valor p
Número de pacientes	29	251			
Edad media (DE)	40,83 (12,57)	44,35 (11,9)	0,98	0,95-1,01	0,159 (NS)
Mujeres (%)	20 (68,96)	172 (68,52)	1,02	0,44-2	0,961 (NS)
DM tipo 2 (%)	6 (20,69)	77 (30,68)	0,59	0,23-1,51	0,112 (NS)
HTA (%)	9 (31,03)	108 (43,03)	0,6	0,26-1,36	0,215 (NS)
IMC inicial (DE)	46,24 (7,1)	46,02 (7,73)	1,004	0,95-1,05	0,876 (NS)
% EIMCP al 6º mes (DE)	70,63 (30,76)	53,35 (37,39)	1,03	1,01-1,05	0,010
% EIMCP al 12º mes (DE)	88,42 (43,31)	68,05 (26,42)	1,03	1,01-1,05	0,019
% EIMCP al 24º mes (DE)	92,66 (47,47)	69,75 (24,03)	1,03	1,01-1,04	0,016
BPGL (%)	14 (48,28)	160 (63,75)	0,53	0,24-1,15	0,104 (NS)
GVL (%)	15 (51,72)	91 (36,25)			

P-75

Resultados de la gastroscopia preoperatoria en pacientes de cirugía bariátrica. Incidencia de esofagitis y Barret y su influencia en la técnica a realizar

José Fernando Treballe¹, Mónica Valero Sabater¹, Marta Roldón Golet², Issa Talal El-Abur¹, Carlos José Yáñez Benítez¹, Beatriz Cros Montalbán¹, Jorge García Egea¹, Ana Nogués Pevidal¹, Alejandro García García¹, Juan Luis Blas Laína¹.

¹Hospital Royo Villanova, Zaragoza;

²Hospital General San Jorge, Huesca.

Objetivo: Estudiar la incidencia de esofagitis y de esófago de Barrett en la gastroscopia preoperatoria en pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica, y analizar cómo influye el resultado de la misma en un posible cambio de la técnica quirúrgica indicada.

Material y Método: Se han estudiado las gastroscopias preoperatorias realizadas a pacientes de cirugía bariátrica durante los años 2018 y 2019 en la Unidad de Cirugía bariátrica del Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova de Zaragoza. Los hallazgos que se han tenido en cuenta han sido: presencia de hernia de hiato, esofagitis y grado, esófago de Barrett, criterios de normalidad y otros hallazgos (gastritis crónica, antritis, bulboduodenitis, erosión mucosa, etc).

Con los resultados se presenta un análisis descriptivo.

Resultados: Se han realizado un total de 172 gastroscopias en una serie de 60 hombres (34.88%) y 112 mujeres (65.11%). 131 (76.16%) se consideraron dentro de la normalidad (60 normales + 71 otros hallazgos). 34 (19.76%) presentaron esofagitis (7 sin filiar / 13 grado A / 12 grado B / 1 grado C / 1 sospechosa de Barrett sin biopsiar). 7 (4.06%) fueron diagnóstico endoscópico de esófago de Barrett (5 de ellas con biopsia positiva con metaplasia intestinal y 2 con biopsia negativa). Del total de estudios, 31 (18.02%) presentaron hernia de hiato de diferentes características (17 de las gastroscopias normales, y 14 de las gastroscopias con algún grado de esofagitis).

Las técnicas realizadas en el total de la serie fueron: 6 Derivación biliopancreática (3.48%), 3 By-pass gastroileal (1.74%), 57 By-pass gástrico (33.13%) y 106 Gastrectomía vertical (61.62%).

Las técnicas realizadas en los casos de esofagitis y esófago de Barrett fueron: 1 Derivación biliopancreática (esofagitis grado A); 1 By-pass gastroileal (esófago de Barrett); 26 By-pass gástrico (8 esofagitis grado A / 9 esofagitis grado B / 1 esofagitis grado C / 2 esofagitis sin filiar / 6 esófago de Barrett); 13 Gastrectomía vertical (4 esofagitis grado A / 4 esofagitis grado B / 5 esofagitis sin filiar).

En 18 de los 41 casos que presentaron esofagitis o esófago de Barrett (43.90%) se modificó la técnica que se había indicado en un primer momento. A pesar de tratarse de pacientes no metabólicos y sin clínica de reflujo evidente, candidatos a Gastrectomía vertical de entrada, se les realizó By-pass gástrico.

Conclusiones: La gastroscopia como estudio preoperatorio en pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica tiene mucha importancia en la técnica quirúrgica a realizar según los hallazgos que presente. En función de las indicaciones establecidas en los protocolos de las diferentes unidades de cirugía bariátrica, la incidencia de esofagitis subclínica o de esófago de Barrett puede obligar a cambiar en determinados casos la indicación inicial de gastrectomía vertical a by-pass gástrico.

P-76

Anastomosis gastroyeyunal circular versus lineal en el Bypass gástrico en Y de Roux

Miguel Angel Steiner, Nikolas Aldo Palma Caucig, María Tudela, Jorge De Tomas, José María Monturiol.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: El Bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux se considera a día de hoy el gold estándar en cirugía bariátrica. Descrito por vía abierta en 1967 y realizado por primera vez por laparoscopia en 1994, es actualmente una de las técnicas más realizadas en el mundo. A pesar de las mejoras técnicas y la estandarización del procedimiento no se ha alcanzado un consenso con respecto a la forma de confeccionar la anastomosis gastroyeyunal.

Objetivos: El objetivo principal fue comparar las dos técnicas más comunes para realizar la anastomosis gastroyeyunal en pacientes sometidos a bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux en términos de complicaciones postoperatorias y tiempo operatorio.

Materiales y métodos: En este estudio retrospectivo de casos y controles se compararon los resultados perioperatorios y postoperatorios del bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux (BGYR) con confección de la anastomosis gastroyeyunal circular mecánica (BGYR-C) versus anastomosis lineal mecánica (BGYR-L). Todos los pacientes fueron intervenidos por tres cirujanos bariátricos con experiencia en un solo centro. Desde enero de 2015 hasta marzo de 2020 se incluyeron 70 pacientes (35 pacientes con anastomosis circular y 35 con anastomosis lineal) pareados en una proporción 1:1 en cuanto a edad, sexo, IMC y comorbilidades.

Resultados: El tiempo quirúrgico total fue mayor en el grupo de BGYR-L (170 frente a 130 minutos, $p < 0,003$). La incidencia de sangrado digestivo postoperatorio fue inferior en el grupo de BGYR-L (3,1% vs 8,7%, $p 0.05$). La incidencia de infección de herida fue menor en el grupo de BGYR-L (2.3% vs 8.5%, $p 0.04$). Las tasas de reingreso fueron comparables en los dos grupos (2,9% frente a 3,2%, $p 0.8$). No hubo diferencia significativa en la incidencia de fuga de la anastomosis gastroyeyunal, estenosis, hernia incisional de los puertos de acceso o ulcera marginal.

Conclusiones: En el presente estudio la confección durante el BGYR de la anastomosis gastroyeyunal circular o anastomosis lineal demostraron ser variantes técnicas seguras y reproducibles con baja incidencia de complicaciones peri y postoperatoria. Comparando ambos, se observó que el grupo de anastomosis lineal, el sangrado digestivo postoperatorio y las infecciones de herida fueron menores, sin embargo el tiempo operatorio fue significativamente mayor. Mas estudios son necesarios para comparar la perdida peso y resolución de comorbilidades a mediano y largo plazo.

PE-02

Descripción y seguimiento de la actividad física, calidad de vida y hábitos de vida en personas que se someten a cirugía bariátrica

Itxaso Mugica-Errazquin, Leire Irizar Otamendi, Begoña Tabernero Rodriguez.

Hospital Universitario Donostia, San sebastian.

Introducción: La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas y es probable que las tasas de prevalencia aumenten significativamente en un futuro 1. La cirugía bariátrica es reconocida como un método efectivo para inducir una pérdida de peso significativa, controlar comorbilidades y aumentar la esperanza de vida en sujetos con obesidad2. Entre los cambios en los comportamientos que deberían dirigirse a los pacientes bariátricos se encuentran el aumento de la actividad física así como la modificación en los hábitos vida3 . Describir y conocer la evolución de estas variables es necesaria para un abordaje interdisciplinar y eficaz para el manejo integral de las personas con obesidad mórbida.

Objetivos: 1) Describir el nivel de actividad física, calidad de vida y hábitos de vida en personas con obesidad mórbida previa a la cirugía bariátrica. 2) Analizar la evolución de estas variables tras la cirugía bariátrica.

Material y Método: Estudio unicéntrico, observacional y longitudinal. Desde octubre del 2019 a Marzo del 2020, todas las personas en lista de espera para cirugía bariátrica del Hospital Universitario Donostia (HUD) fueron informadas en consulta previa a cirugía o vía telefónica sobre este estudio, de las cuales un total de 12 personas decidieron participar. Para el análisis descriptivo, los participantes fueron evaluados un mes antes de la cirugía y un mes posterior a la misma fueron citados para conocer el impacto de la cirugía sobre las variables antes citadas. Se utilizaron las siguientes escalas y cuestionarios para la evaluación de los resultados: International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) se utilizó para evaluar el nivel, intensidad y frecuencia de la actividad física en los participantes. La escala Health Related Quality Of Life (HRQOL) se utilizó para evaluar el nivel de calidad de vida. Por último, para medir los hábitos de vida, se utilizó la escala Health Promotion Lifestyle Profile-II (HPLP-II). Este estudio fue aprobado por el departamento de docencia del HUD.

Resultados: La edad media fue de 45,98±3,69 años, de los cuales 72,7% fueron mujeres y 27,2% hombres. Los resultados descriptivos mostraron bajo nivel e intensidad en actividad física (1,6±0,7). La escala de calidad de vida mostró un estado de salud autopercebido regular (1,0±0,7) y en la escala de hábitos de vida se obtuvieron peores puntuaciones en los subapartados de actividad física (12,1±3,8) y responsabilidad en el bienestar propio (20,6±3,9).

Los resultados comparativos mostraron mejorías en las 3 variables principales tras la cirugía bariátrica. De forma estadísticamente significativa con un IC 95% (p<0,05): mejoró el nivel de actividad física en intensidad moderada (p=0,044). Mejoró también la puntuación total en los hábitos de vida (p=0,016), así como en los subapartados de actividad física (p=0,007) y responsabilidad en el bienestar propio (p=0,024).

Conclusiones: El nivel de actividad física, así como los hábitos de vida previos a la cirugía bariátrica son inferiores a los recomendados. No obstante, la cirugía permite mejorar estos niveles logrando mayor calidad de vida, hábitos de vida más saludables y mayor nivel de actividad física, en los cuales un manejo interdisciplinar será necesario para lograr resultados óptimos.

PE-03

Formación del personal de enfermería en el manejo de la vía aérea difícil en el paciente obeso

María Ángeles Durán García, Ana Pereda Gil, Rosa Domínguez Fernández, Estíbaliz Fernández Carrasco.
Hospital Clínico San Carlos, MADRID.

Objetivos: Familiarizar al personal de enfermería con la vía aérea de este tipo de pacientes. Minimizar el riesgo de aparición de situaciones comprometidas de emergencia respiratoria y reducir el riesgo de complicaciones graves.

Material y Métodos: Evaluación preanestésica que predice vía aérea difícil.
Preparación del paciente en posición adecuada.
Preparación del equipo disponible necesario para facilitar el manejo de la vía aérea.
Uso de una estrategia diseñada para facilitar la intubación.

Conclusiones: Una buena historia preoperatoria detallada ayuda a identificar factores de riesgo potenciales. La planificación y disponibilidad de dispositivos ayuda a manejar la vía aérea difícil. Una buena formación por parte del personal de enfermería en el manejo de dispositivos para ventilación/intubación difícil, facilita el manejo de una vía aérea difícil de forma eficaz y segura.

PE-03

Formación del personal de enfermería en el manejo de la vía aérea difícil en el paciente obeso

María Ángeles Durán García, Ana Pereda Gil, Rosa Domínguez Fernández, Estíbaliz Fernández Carrasco.
Hospital Clínico San Carlos, MADRID.

Objetivos: Familiarizar al personal de enfermería con la vía aérea de este tipo de pacientes. Minimizar el riesgo de aparición de situaciones comprometidas de emergencia respiratoria y reducir el riesgo de complicaciones graves.

Material y Métodos: Evaluación preanestésica que predice vía aérea difícil.
Preparación del paciente en posición adecuada.
Preparación del equipo disponible necesario para facilitar el manejo de la vía aérea.
Uso de una estrategia diseñada para facilitar la intubación.

Conclusiones: Una buena historia preoperatoria detallada ayuda a identificar factores de riesgo potenciales. La planificación y disponibilidad de dispositivos ayuda a manejar la vía aérea difícil. Una buena formación por parte del personal de enfermería en el manejo de dispositivos para ventilación/intubación difícil, facilita el manejo de una vía aérea difícil de forma eficaz y segura.

PE-04

Influencia del confinamiento total en la optimización preoperatoria del paciente bariátrico

Carmen Jimenez, Petra Macías Díaz, Antonio Domínguez Amodeo, Juan Manuel Cáceres Salazar, Ángel Martín De Pablos, Eduardo Domínguez-Adame Lanuza.. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivo principal: 1) Conocer la frecuencia de pacientes que incrementan el peso durante el confinamiento. **Objetivos secundarios:** 1) Modificación del comportamiento de alimentación y ejercicio; 2) Determinar si el género y situación laboral influye en el peso; 3) Analizar si la conducta alimentaria y de ejercicio se relaciona con el género.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes en la fase de optimización prequirúrgica en una consulta de enfermería bariátrica durante el confinamiento entre el 15 de marzo-21 de junio de 2020. Se registran los datos demográficos, el peso antes y después del confinamiento y los resultados de una encuesta con 12 preguntas de respuestas múltiples. Estudio estadístico: Los datos fueron almacenados en una base de datos y se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión para los datos numéricos; porcentajes para las variables cualitativas y se realizó estadística descriptiva no paramétrica (prueba exacta de Fischer). Se respetaron los principios de Guías de Buena Práctica Clínica en investigación.

Resultados: Se analizan 24 pacientes en fase preoperatoria: 29% varones (n=7) y 71% mujeres (n=17) con una edad media de 46 años (+9).

1) El 46% (n=11) aumentó una media de 4 kg (+3,56). 2) Del total de pacientes, el 62,5% (n=15) reconocen hacer transgresiones dietéticas, argumentando como principales razones la ansiedad (50%) y el aburrimiento (42%), con mayor consumo sobre todo de alimentos dulces (32%) y salados (29%). El 37,5% (n=9), mantienen una dieta hipocalórica durante el confinamiento, indicando como motivos fundamentales la concienciación (46%) y el deseo de no aumentar peso antes de operarse (23%). Un 54% (n=13) abandonan el ejercicio frente al 46% (n=11) que practica algún tipo de actividad, el 64% de ellos con una frecuencia mayor 4 veces/semana. El 92% (n=22) aseguran que la prohibición de salir a caminar les ha influido negativamente en el control del peso. 3) De los varones, 43% ganó peso vs 47% de mujeres, mientras que de los que trabajaron sólo el 29% aumentó el peso vs 53% de aquellos que no trabajaron, sin relación estadística en ambos casos ($p>0,05$). 4) Entre los hombres, el 86% hizo transgresiones dietéticas vs 53% de mujeres, mientras que practican ejercicio un 28% de hombres vs 53% de mujeres, aunque en ninguno de los casos resultó una $p<0,05$.

Conclusiones: Un confinamiento total afecta a la optimización prequirúrgica del paciente bariátrico, si bien la educación en salud que se hace en una consulta de enfermería ha permitido que la mitad no haya ganado peso. Debido al tamaño pequeño de la muestra, no se ha establecido diferencia estadísticamente significativa, aunque se observa una clara relación entre la ocupación laboral y no ganar peso y mayor tendencia entre los varones a realizar transgresiones alimentarias y abandono del ejercicio. No obstante, llama la atención que, a pesar de un mayor incumplimiento de las recomendaciones entre los varones, el resultado ponderal es similar en ambos sexos.

Asimismo, se confirma la convicción de que dejar de caminar como forma de ejercicio afecta negativamente a la pérdida ponderal.

V-01

SADI-S robótico, ¿cómo hacerlo?

Clara Codony Bassols, Marcel Pujadas De Palol, Elisabet García Moriana, Jordi Gironès Vila, Georgina Ferret Granés, José Ignacio Rodríguez Hermosa, Bernat Lloret Villas, Eva Artigau Nieto, Francesc Tuca Rodríguez, Antonio Codina Cazador.

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Objetivos: La cirugía bariátrica está presentando cambios en los centros donde se dispone de sistema robótico. Progresivamente se están realizando cirugías más complejas en pacientes también más complejos. Nuestro objetivo es mostrar cómo se hace un SADI-S robótico mediante sus pasos detallados en formato vídeo.

Material y Métodos: Presentamos el caso de un paciente supermórbido (IMC 58) a quién realizamos un SADI-S robótico en primer tiempo. Detallamos los pasos quirúrgicos: recuento de asas, disección de curvatura mayor y confección de tubular gástrico, sección duodenal con preservación de la arteria pilórica, anastomosis duodenoileal termino-lateral manual.

Resultados y Conclusiones: Recientemente la cirugía robótica se encuentra en auge dado a la mayor precisión a la hora de hacer suturas y más facilidad de trabajo en pacientes con IMC más elevados. En nuestro centro hemos realizado a día de hoy 6 SADI-S robóticos en pacientes supermórbidos como primera cirugía bariátrica. En ningún caso hemos tenido dificultades de trabajo que nos obliguen a realizar sólo el sleeve como primer tiempo. Pensamos que la cirugía robótica puede ser útil en ahorrar una cirugía en dos tiempos en pacientes supermórbidos.

V-02

SADI-S totalmente robótico en paciente con obesidad mórbida extrema y hernia umbilical irreductible

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos: Mostrar como la plataforma robótica Da Vinci® Xi es capaz de minimizar el reto quirúrgico que supone operar pacientes con obesidad mórbida extrema y detallar como se realiza un SADI-S (Single Anastomosis Duodeno-Ileal bypass with Sleeve Gastrectomy) totalmente robótico sin necesidad de trócar de asistencia ni cambio de posición de la mesa quirúrgica.

Material y Métodos: Paciente mujer de 56 años con IMC=58kg/m², diabetes mellitus tipo II y una gran hernia umbilical irreductible con contenido intestinal. La plataforma robótica usada fue el sistema Da Vinci Xi® que permite el trabajo multicuadrante.

Tras el neumoperitoneo y el docking en posición de anti-Trendelenburg a 20°, se procedió de forma totalmente robótica a la liberación intraabdominal de la hernia umbilical. Posteriormente se realizó el contaje de 300cm de ileon desde válvula ileocecal con pincería robótica y sin cambiar de posición la mesa quirúrgica. La gastrectomía tubular y la sección duodenal se realizaron con endograpadoras robóticas Sureform™ de 60mm. La anastomosis duodeno-ileal se confeccionó de forma manual-robótica en dos planos con sutura barbada.

Resultados: El tiempo operatorio total fue de 240 minutos, correspondiendo 165 minutos al SADI-S y 75 minutos a la liberación y reparación de la hernia umbilical. No se presentaron complicaciones durante ni después de la cirugía y la paciente fue dada de alta al tercer día postoperatorio.

Conclusiones:

A pesar de que la cirugía robótica no está al alcance de todos los centros hospitalarios y de que no existe aún evidencia de su superioridad absoluta sobre la laparoscopia, sí que minimiza drásticamente la dificultad de los procedimientos bariátricos en pacientes con obesidad mórbida extrema.

El uso de la plataforma Da Vinci Xi® permitió la realización en un solo tiempo de una técnica malabsortiva compleja, de alta dificultad en este caso dadas las características de la paciente.

V-03

Comprobación con verde de indocianina en SADI-S

Begoña García Gómez, Jesús Santos Naharro, Javier Salas Muñoz, Jose Medina Ortiz, Angelica Maria Borraez Jimenez, Cristina Jodar Salcedo, Luis Munuera Romero, Jose Luis Jimenez Redondo.

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: SADI-S (Single Anastomosis Duodenoileal- Sleeve) fue descrito en 2007 como técnica bariátrica por el Dr. Sánchez Pernaute basada en una derivación biliopancreática. Supone la confección de una gastrectomía vertical seguida de anastomosis duodenoileal término-lateral.

Nuestro objetivo fue comprobar la viabilidad de la misma tras inyección intravenosa de verde de indocianina. Comprende múltiples mecanismos implicados en la mejora de la DM, constituyéndose como una excelente opción en el tratamiento de enfermedades metabólicas. Además es considerada como una segunda opción quirúrgica en pacientes intervenidos de Sleeve gástrico sin resultados satisfactorios.

Material y Métodos: Varón de 50 años con antecedentes de obesidad grado III, HTA y DM2 en tratamiento antihipertensivo y antidiabéticos orales remitido para valoración de cirugía bariátrica asociada a trastorno metabólico. Tras realización de pruebas complementarias y ecografía abdominal que reveló la presencia de coleditiasis, es sometido a SADI-S y colecistectomía laparoscópica.

Resultados: Tras la colocación de 5 trócares (11, 12, 12, 12 y 5 mm), creación de neumoperitoneo con aguja de Veres y colecistectomía reglada, se procede a la devascularización completa de la curvatura mayor gástrica hasta alcanzar el píloro tras seccionar los vasos gastroepiploicos derechos. Avanzando 3-4 cm en sentido caudal desde la región antropilórica se identificará la arteria gastroduodenal en el surco pancreatoduodenal.

Posteriormente, previa tutorización con sonda orogástrica de Foucher de 42F se confeccionará el Sleeve gástrico, seccionando finalmente el duodeno a unos 3cm del píloro para así dar paso a la creación del bypass duodenoileal.

Seguidamente, tras identificación del íleon terminal, se ascenderá un asa a 300cm de la válvula ileocecal de forma isoperistáltica-antecólica hasta el duodeno disecado. Aún hoy existe controversia en cuanto a la longitud ideal del canal común.

Continuando con la confección de la anastomosis duodenoileal isoperistáltica manual biplano con utilización de sutura barbada 3/0, se comprobará la estanqueidad de la misma tras instilación de azul de metileno.

Finalmente se corrobora la correcta vascularización de la misma tras inyección intravenosa de verde de indocianina, evidenciando la coloración verdosa que adquiere la zona. Se dejará un drenaje a nivel retroanastomótico y perigástrico.

Conclusiones: El paciente evolucionó favorablemente durante el postoperatorio, estableciéndose en la actualidad un control adecuado de la glucemia.

La principal preocupación derivada de esta técnica es la posible malnutrición y recuperación de peso debido al reflujo al bucle aferente, por lo que los pacientes deben ser seleccionados tratando de evitar el incumplimiento de la dieta postintervención.

Inicialmente la anastomosis duodenoileal se constituyó a 200cm de la válvula ileocecal. Estudios posteriores evidenciaron complicaciones por malabsorción proteica y diarrea, por lo que se amplió hasta los 300cm actuales.

La eliminación de una anastomosis respecto al Bypass gástrico disminuye la tasa de complicaciones como fugas o estenosis anastomóticas.

Concluimos que el SADI-S es un buen complemento de la terapia estándar para mejorar la homeostasis de la glucosa en pacientes DM2 induciendo una remisión a largo plazo de la enfermedad.

Dicha técnica se verá favorecida por la inyección intravenosa de verde de indocianina, contribuyendo ésta a la percepción visual de la viabilidad de la anastomosis.

V-04

Conversión de bypass gástrico en Y de Roux a SADI-S 250cm laparoscópico por reganancia ponderal

Clara Pañella Vilamú, Sara Picazo Marín, Leyre López Antoñanzas, Carlos Sáez Rodríguez, Carmen Hernández, Esther Martín García-Almenta, Esteban Martín Antona, Miguel Ángel Rubio, Andrés Sánchez Pernaute, Antonio José Torres García.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Actualmente la obesidad se considera un grave problema de salud en todo el mundo. Aproximadamente el 50% de la población tiene sobrepeso u obesidad. La cirugía bariátrica es el único tratamiento que ha resultado ser efectivo para la pérdida ponderal y el control de las comorbilidades asociadas a la obesidad. El número de cirugías bariátricas se ha incrementado exponencialmente en las últimas décadas, y de forma paralela, el número de reintervenciones. Se ha descrito que hasta un 20-25% de los pacientes van a requerir otro procedimiento bariátrico debido a una reganancia de peso, una pérdida ponderal insuficiente o complicaciones relacionadas con el procedimiento inicial. Dado que estas cirugías de revisión son complejas deben realizarse en unidades con alto volumen y por cirujanos bariátricos expertos. El objetivo del vídeo es presentar uno caso de cirugía revisional y sus aspectos técnicos de conversión de bypass gástrico en Y de Roux a SADI-S 250cm con resección del asa alimentaria.

Exposición del caso: Presentamos el caso de una mujer de 50 años con antecedentes de Lupus, síndrome antifosfolípido, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, abdominoplastia y apendicectomía. En 2013, por obesidad mórbida (IMC 45 kg/m²) se realiza un bypass gástrico en Y de Roux 150x250cm laparoscópico. Durante el seguimiento, la paciente presenta inicialmente adecuada pérdida ponderal, alcanzando un IMC mínimo de 19,89Kg/m². Posteriormente comienza a reganar peso, alcanzando un IMC de 39Kg/m², motivo por el cual se decide realizar una cirugía de revisión y convertir a SADI-S 250cm laparoscópico.

En primer lugar, se realiza adhesiolisis de cirugía previa. No se evidencia dilatación del pouch gástrico ni del asa alimentaria, tampoco "Candy Cane". Se mide la longitud tanto del asa alimentaria (250 cm) como del canal común (> 450 cm). Dado que presenta suficiente longitud del canal común se decide resección del asa alimentaria, con el objetivo de preservar el pie de asa y evitar así realizar una tercera anastomosis. Simplificando la técnica quirúrgica y disminuyendo el riesgo de complicaciones. Posteriormente se realiza la anastomosis gastro-gástrica mecánica con endograpadora y la anastomosis duodeno-ileal también mecánica. Comprobación de estanqueidad con azul de metileno, sin evidenciarse fuga. Se deja drenaje perianastomótico en la anastomosis duodeno-ileal.

El postoperatorio transcurre sin incidencias y la paciente es dada de alta al 5º día. Actualmente en seguimiento en consultas. En el primer mes tras la cirugía la paciente presenta una pérdida ponderal de 10Kg y un IMC de 34,5Kg/m².

Discusión: La cirugía bariátrica de conversión constituye un porcentaje apreciable de los casos intervenidos. El SADI-S como técnica de revisión tras otra cirugía bariátrica parece ser una opción segura y con buenos resultados en cuanto a pérdida ponderal y resolución de comorbilidades. Además de ser una técnica sencilla y reproducible. No obstante, son necesarios más estudios con seguimiento a largo plazo.

V-05

Hiatioplastia y conversión de SG a SADI-S por reganancia ponderal totalmente robótico

Sergi Sanchez-Cordero, Ramon Vilallonga Puy, Enric Caubet, Amador Garcia Ruiz De Gordejuela, Oscar Gonzalez, Rodrigo Mata, Marta Barros, Andrea Ciudin, Manel Armengol.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Antecedentes: La cirugía robótica es una tecnología emergente y prometedora en CB (cirugía bariátrica). Los estudios actuales han confirmado su viabilidad y seguridad con una curva de aprendizaje relativamente corta. La derivación duodenoileal de anastomosis única con gastrectomía vertical (SADI-s) es una técnica bien conocida para la obesidad extrema pero técnicamente desafiante en este grupo de pacientes y, por lo tanto, se realiza con frecuencia como un procedimiento laparoscópico por etapas. La cirugía de revisión por reganancia ponderal es una cirugía técnicamente más demandante en auge los últimos años. El video muestra una cirugía de revisión por reganancia ponderal y hernia de hiato de un paciente con GV y conversión a SADI-S totalmente robótico (TR-SADI-S) en un paciente con reganancia ponderal y hernia de hiato.

Caso clínico: Paciente masculino de 60 años con peso inicial en 2014 de 151 kg e IMC 45kg/m² se Gastrectomía vertical (GV). Presenta reganancia progresiva hasta peso actual 123kg e IMC 37 kg/m². En el estudio preoperatorio se descubre una hernia de hiato. Se propone cirugía de revisión para hiatoplastia, regastrectomía vertical y conversión a SADI-s totalmente robótico utilizando un modelo Da Vinci Xi®.

El paciente en posición de Trendelenburg y de lado izquierdo. Todos los trocares fueron robóticos. Se identificó una hernia de hiato conteniendo remanente del fundus gástrico no diseccionado en la cirugía primaria. Se realiza reducción del contenido y regastrectomía y cierre de pilares. Finalmente, se midió un asa ileal de 270 cm para confeccionar una anastomosis duodenoileal robótica manual en cuatro capas con suturas absorbibles. No hubo complicaciones durante ni tras la cirugía y el paciente fue dado de alta al tercer día postoperatorio.

Conclusión: La cirugía totalmente robótica se puede realizar de forma segura a través de una progresión escalonada sistemática con complicaciones mínimas y tiempos quirúrgicos comparables. La cirugía robótica parece ofrecer más ventajas para casos complejos, como la superobesidad y la cirugía de revisión. Se necesita más experiencia para comprender las ventajas y desventajas a largo plazo del enfoque totalmente robótico.

V-06

Cirugía de revisión. Conversión de Bagua a bypass gástrico por erge

Joseba Castro Vázquez, Javier Ortiz Lacorzana, Ismael Díez Del Val, Carlos Loureiro González, Saioa Leturio Fernández, Marta García Fernández, Julen Barrenetxea Asua, Ana Moro Delgado, Jon Ignacio Uriarte Terán, Mikel Martin García.

Hospital de Basurto - Osakidetza, Bilbao.

Objetivos: Analizar la necesidad de cirugía de revisión tras técnica BAGUA de cirugía bariátrica

Material y Métodos: Presento el caso clínico de una mujer de 53 años intervenida hace 10 años de cirugía bariátrica mediante técnica BAGUA. La paciente presenta ERGE con afectación clínica severa que no se controla con tratamiento médico. Se realiza gastroscopia, donde se objetiva importante reglajo biliar y una esofagitis grado A (clasificación de los Ángeles). Además, presenta reganancia de peso en el último año con un IMC de 30,5 cuando es valorada en consultas.

Resultados: Se decide reintervenir a la paciente de manera programada. Se realiza conversión de BAGUA a Bypass Gástrico proximal laparoscópico. Para ello, se crea un reservorio gástrico de unos 5 x 3 cm. Se miden las asa, contabilizando 320 cm de asa biliopancreática y > 400 cm de asa alimentaria. Se deja un asa alimentaria final de 200 cm y un asa común >200 cm

El postoperatorio transcurre sin incidencias. Actualmente tras 4 meses de la cirugía la paciente se encuentra asintomática

Conclusiones: La técnica BAGUA es una técnica bariátrica que consiste en un MGB con alguna modificación técnica. Uno de los temas más controvertidos hoy en día con esta técnica quirúrgica es el reflujo biliar y sus posibles complicaciones a largo plazo. No existen a día de hoy estudios con resultados concluyentes a largo plazo. La cirugía de revisión en un paciente intervenido de cirugía bariátrica, se trata de una cirugía compleja que debe ser realizada en centros y por cirujanos con una gran experiencia en cirugía bariátrica

V-07

Conversión de Técnica de Salmon a by-pass gástrico en Y de Roux

Jesus Badia Closa¹, Alexis Luna¹, Carla Morales Tugues², Pere Rebasá¹, Sandra Montmany¹, Victoria Lucas Guerrero¹, Salvador Navarro¹.

¹Corporació Sanitari Parc Tauli, Sabadell;

²Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Objetivos: La técnica de Salmon es una técnica de cirugía bariátrica poco empleada actualmente, que consiste en la colocación de una banda gástrica con dos líneas de sutura que condicionan un patrón restrictivo, con una anastomosis gastro-yeyunal y reconstrucción en Y de Roux.

Presentamos el caso de una paciente que presentaba cuadro de disfagia y vómitos por lo que se decidió reconstrucción a by-pass gástrico en Y de Roux.

Material y Métodos: El vídeo fue registrado con un equipo de laparoscopia. El montaje fue realizado con el programa de edición Final Cut Pro X.

Resultados

La paciente presentó un postoperatorio sin incidencias, siendo alta al 5º día. A los 18 meses de la cirugía tenía un IMC de 29 (inicial de 37).

Conclusión: Es importante conocer diferentes técnicas quirúrgicas, incluso aquellas en desuso actualmente, para poder abordarlas minimizando al máximo los riesgos.

V-08

Conversión laparoscópica del bypass duodeno-yeyunal de anastomosis simple con gastrectomía vertical (SADJ-S) a bypass gástrico en Y de Roux (RYGB)

Sergio Sanchez-Cordero¹, Ramon Vilallonga², Amador Garcia Ruiz De Gordejuela³, Enric Caubet³, Oscar Gonzalez³, Carlos Petrola³, Mireia Verdaguer³, Jose Manuel Fort³.

¹Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada;

²Centro Médico Teknon, Barcelona; ³Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: SADIS (Single Anastomosis Duodeno-Ileal bypass) es una opción terapéutica para los pacientes que han reganado peso tras una gastrectomía vertical (GV). Los resultados a largo plazo sugieren que SADIS puede generar malabsorción, por lo que en ciertos casos puede ser necesaria la conversión a una técnica menos malabsortiva. Sin embargo, estas técnicas también pueden conllevar una recuperación de peso. El objetivo de este video es presentar un el caso clínico de una paciente tras una cuarta cirugía de revisión laparoscópica para convertir SADJ-S a bypass gástrico Roux-en-Y (RYGBP), tras una pérdida de peso insuficiente tras la tercera cirugía de revisión.

Caso clínico: Paciente de 41 años con antecedentes médicos de obesidad mórbida, trastorno de depresión mayor, diabetes gestacional, trastorno leve de apneas del sueño y fumadora activa (20 cigarrillos por día durante los últimos años). A nivel quirúrgico destacaban varias intervenciones por endometriosis con adhesiolisis e hysterectomía con salpingooforectomía bilateral, esta última en 2010 requirió resección del intestino delgado con anastomosis termino-terminal. En 2011 se realizó una gastrectomía vertical (GV) con un índice de masa corporal (IMC) preoperatorio de 44kg/m². En enero de 2013, se realizó segundo tiempo de SADI-S a 235cm de la válvula ileocecal debido a la insuficiente pérdida de peso y reganancia ponderal. Cuatro años después, la paciente presentó desnutrición severa con un IMC estable de 34kg/m². En 2017, se requirió cirugía de revisión para el síndrome de malabsorción y se realizó una anastomosis a 60cm del ángulo de Treitz a través de un bypass duodeno-yeyunal (SADJ-S). A pesar de seguir las pautas dietéticas adecuadas, la paciente presenta reganancia ponderal por lo que se propone una cuarta cirugía de revisión para conversión a bypass gástrico en Y de Roux. A nivel quirúrgico se aprecia en el video una anastomosis duodenoyeyunal a 60cm del ángulo de treitz, seguido de un asa común larga y una gastrectomía vertical redundante. Para la conversión a RYGBP, se utilizó una grapadora lineal para crear un pouch gástrico de 30cc. Se usó una grapadora lineal de 60 mm para completar la anastomosis gastroyeyunal y se realizó un test con azul de metileno intraoperatorio. Se creó un asa de roux de 150 cm y se cerraron los defectos mesentéricos con sutura continua 2-0. El período postoperatorio fue favorable sin complicaciones inmediata. Tras cuatro meses de seguimiento, la paciente recuperó la pérdida de peso, alcanzando un IMC de 29 kg / m².

Conclusión: La conversión laparoscópica de SADJ-S a RYGBP para la reganancia o perdida insuficiente de peso parece ser un enfoque factible y eficaz. La conversión de SADI-S por problemas de desnutrición requiere la adaptación del asa eferente. El RYGBP sigue siendo una de las intervenciones bariátricas de mayor seguridad y con una correcta pérdida ponderal a largo plazo. Se requieren nuevos estudios para ofrecer un mejor tratamiento quirúrgico a pacientes que presentan complicaciones asociadas a la cirugía, como malabsorción o reganancia ponderal, para lograr mejorar la salud y la calidad de vida de estos pacientes.

V-09

Cirugía de revisión totalmente robótica en obesa mórbida con reflujo severo tras gastrectomía vertical. Puntos clave y ventajas de la tecnología robótica

María José Gómez-Jurado, Ramon Vilallonga, Mireia Verdaguer, Oscar González, Hector Duque, Amador García Ruiz De Gordejuela, Carlos Petrola, Marc Beisani, Enric Caubet, José Manuel Fort.
Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: La cirugía de revisión representa un reto para los cirujanos de la obesidad, especialmente por su mayor dificultad técnica y posibles complicaciones postoperatorias. En la actualidad, la cirugía robótica, aunque no goza de una aceptación total por parte de los cirujanos bariátricos, ha despertado el interés por las nuevas plataformas. Sobre el papel, podría aportar mejores resultados y mayor facilidad técnica en escenarios complejos como la cirugía de revisión, gracias a las ventajas propias del sistema.

Métodos: Este video muestra los puntos clave de la estrategia quirúrgica para abordar el tratamiento del reflujo gastroesofágico (RGE) en una paciente con antecedente de gastrectomía vertical (GV).

Resultados: Paciente de 52 años, con antecedente de GV 6 años antes, con posterior RGE severo constatado por pHmetría, así como evidencia de hernia de hiato por deslizamiento en fibrogastroscoopia. Presenta además regurgitación ponderal con un IMC de 35 Kg/M² asociado a comorbilidades a pesar de correcto cumplimiento de las pautas.

Se intervino mediante técnica totalmente robótica a través de 5 trócares. Inicialmente se realiza adhesiolisis, liberación de la cara anterior del estómago, disección completa del hiato e hiatoplastia. Posteriormente se procede a la confección totalmente robótica de un bypass gástrico en Y de Roux convencional con anastomosis mecánicas. El postoperatorio fue sin incidencias, siendo alta al segundo día postoperatorio. Seguimiento en consultas externas con franca mejoría del reflujo.

Conclusiones: La complejidad de la cirugía de revisión puede ser compensada parcialmente gracias a las ventajas ergonómicas y técnicas que nos aporta la cirugía robótica respecto a la cirugía laparoscópica convencional. Se deben promover más estudios en esta dirección para poder determinar los beneficios reales de estas plataformas.

V-10

Conversión de bypass gástrico a anatomía normal vía Branco-Zorron switch en paciente con sleeve previo

Montse Adell Trapé, Amador Garcia Ruiz De Gordejuela, Mireia Verdaguer Tremolosa, Ramon Vilallonga Puy, Enric Caubet Busquet, Carlos Petrola Chacón, Oscar González, Marc Beisani Pellise, Maria José Gómez Jurado, José Manuel Fort.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Presentamos un caso de conversión de bypass gástrico a anatomía normal por hipoglicemias refractarias en una paciente con antecedentes de sleeve gástrico convertido a bypass por reflujo gastroesofágico.

Se trata de una mujer de 19 años con antecedentes de HTA, SAOS leve, mielomeningocele, malformación de Arnold Chiari II, portadora de válvula de derivación ventriculoperitoneal, vejiga neurógena y monorrena funcional. Presenta obesidad mórbida con IMC 49.77kg/m² (112kg, 1.50cm) por lo que tras estudio se valora en comité de obesidad y se somete a una gastrectomía vertical laparoscópica en 2016. En el segundo mes postoperatorio, presenta vómitos y en la fibrogastroscopia se objetiva reflujo biliar severo con esofagitis grado B. En 2017 se realiza conversión a bypass gástrico proximal laparoscópico (asa alimentaria 90cm, asa biliopancreática 90cm), presentando mejoría franca del reflujo. Un año después, presenta IMC 23kg/m² e hipoglicemias severas refractarias al tratamiento higiénico-dietético y farmacológico. Se descartan otras causas de hipoglicemia hiperinsulinémica y por ello, en 2019 se indica conversión de bypass gástrico a anatomía normal según la técnica descrita por Branco-Zorron.

En este vídeo presentamos la técnica de conversión a anatomía normal - sleeve con interposición yeyunal mediante una sola anastomosis con la resección del remanente gástrico.

Se inicia la cirugía con la colocación de trócares (5): dos trócares de 12mm en hipocondrio derecho e hipocondrio izquierdo, un trocar de 11mm en epigastrio, dos trócares de 5mm en flanco izquierdo y subxifoideo.

Evaluación inicial de la anatomía de la unión esófago-gástrica sin hallar hernia de hiato. Revisión de asas intestinales con inspección del asa alimentaria y recuento, hallando asa alimentaria de 45cm y asa biliopancreática de 90cm. Liberación de múltiples adherencias del remanente gástrico (estómago distal), objetivando un remanente retraído y parcialmente estenótico.

Resección de 4cm de estómago excluido con sección a 3-4cm del píloro mediante endograpadora. Sección del asa alimentaria a 6cm distal de la anastomosis gastroyeyunal, y sección al pie de asa con resección de 35cm en total de asa alimentaria. Resección proximal de la asa alimentaria que se extraerá preservando el mesenterio para evitar la desvascularización. Exéresis del candy-cane. Reconstitución del tránsito a nivel gástrico a través de la interposición yeyunal, realizando una anastomosis yeyuno-antral termino-terminal manual biplano con la antigua porción proximal de la asa alimentaria. Finalmente, se realiza comprobación de la estanqueidad de la anastomosis con azul de metileno y aire sin objetivar fuga.

V-11

Cirugía de revisión de bypass gástrico según técnica de capella por reganancia ponderal y reflujo gastriesifágico

Débora Acín-Gándara, Manuel Medina, Elena Ruíz-Úcar, Fernando Pereira.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Objetivo: el bypass gástrico (BPG) anillado tipo Capella es una variante técnica del BPG que persigue mejorar los resultados a largo plazo con una restricción mayor. Las complicaciones más frecuentes son a causa de la banda, por inclusión de la misma o deslizamiento, sin poderse descartar otras complicaciones. El objetivo del trabajo es presentar un póster de una cirugía bariátrica de revisión laparoscópica en un paciente intervenido abierto de BPG tipo Capella.

Material y Métodos: se presenta el caso de un varón de 63 años intervenido por obesidad mórbida, 15 años antes, mediante BPG abierto tipo Capella (asa alimentaria de 200cm) y dermolipectomía posterior. Perdió más de 50 kg pero con los años presentó reganancia ponderal por lo que es valorado de forma multidisciplinar e intervenido en nuestro Centro. El paciente presenta como comorbilidades asociadas: HTA, DM, dislipemia, cardiopatía, SAOS, esteatosis hepática y artrosis.

Exploración física: IMC 42,5. Cicatriz de laparotomía media.

Pruebas complementarias:

ENDOSCOPIA ALTA: Hernia hiatal de pequeño tamaño. Cavidad gástrica algo dilatada con paso a 2 asas de intestino delgado de características normales (una ciega). Biopsia: gastritis crónica.

TRANSITO ESOFÁGICO: distensión significativa del reservorio gástrico con anastomosis sin hallazgos. Se objetiva reflujo gastroesofágico.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: se realiza cirugía de revisión laparoscópica, adhesiolisis compleja por adherencias firmes de epiplón a cicatriz de laparotomía media y remanente gástrico y reservorio gástrico íntimamente adherido a LHI. Reparación de hernia hiatal y cierre de pilares. Nueva calibración de reservorio gástrico al estar dilatado una vez tutorizado por sonda de 36Fr. Exéresis de asa yeyunal ciega de aproximadamente 10cm adyacente a la anastomosis GY previa (Síndrome de Candy Cane) y nueva anastomosis GY mecánica lineal transmesocólica y retrogástrica.

Resultados: el postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo dado de alta al 3º día postoperatorio con buena tolerancia oral, afebril y asintomático.

Conclusiones: la cirugía bariátrica de revisión es técnicamente compleja y puede conllevar complicaciones graves, pero ante una pobre calidad de vida por RGE, o bien, ante reganancia ponderal significativa con presencia de comorbilidades asociadas es necesario plantearla. Es básico conocer con exactitud la técnica primaria realizada.

V-12

Bariatric surgery redo – a robotic approach

Maria Sousa, G. Mambour, E. Massaut, B. Pascotto, Juan Azagra.
Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxembourg.

Objetivo: presentación en vídeo de dos casos clínicos que muestran el tratamiento quirúrgico robótico en procedimientos bariátricos REDO.

Introducción: La obesidad es uno de los principales problemas de salud de la sociedad actual, considerándose una posible pandemia en el futuro. En pacientes con IMC elevado, las ventajas de la cirugía robótica se hacen especialmente relevantes gracias a que ofrece mayor libertad de movimiento, la posibilidad de trabajar en espacios más reducidos y de realizar tareas más delicadas y precisas.

Material y métodos: datos obtenidos a partir de las historias clínicas de los pacientes y del registro iconográfico de las cirugías. Revisión de la literatura, via Pubmed.

Resultados: El primer caso trata de una paciente de 65 años, con SAOS, HTA, DM2, poliartritis y historia de colocación de banda gástrica ajustable en el año 2000 (en Italia), con necesidad de cambio en 2005 por ruptura del anillo. Presentó un aumento progresivo de peso y actualmente, un IMC de 57,6. La endoscopia alta y el tránsito esofagogastroduodenal no presentaron alteraciones relevantes. La paciente fue intervenida con un sleeve gástrico vía robótica. El segundo caso trata de un paciente de 51 años, con IMC 55, SAOS, EPOC, HTA, DM2, DGRE, Poliartritis y historia de un sleeve gástrico hace 12 años y clínica de reflujo GE moderada-severa. En el TAC preoperatorio presentaba hepatomegalia, la EDA con esofagitis de reflujo y el tránsito esofagogastroduodenal sin alteraciones. El paciente fue intervenido mediante un minibypass. En ambos casos, cirugía y postoperatorio sin incidencias. Se aplicó el protocolo fast track, con alta en el 1er día de postoperatorio en los dos casos.

Conclusiones: La cirugía robótica se presenta como una opción útil, idónea y segura en pacientes super obesos y en centros con experiencia. Permite trabajar en espacios reducidos donde existe gran cantidad de grasa corporal facilitando la tarea del cirujano en casos complejos en los que la precisión es fundamental.

V-13

Cirugía de revisión: Estenosis de anastomosis gastroileal tras derivación biliopancreática

Bruno Camarero Triana, Carlos Chaveli Díaz, Concepción Yáñez Irazabal, Coro Miranda Murúa, Irene Maya Senosiain, Olatz Alduntzin Etxetxikia, Inés Egúaras Córdoba.

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Presentamos el vídeo de una cirugía de revisión en un paciente con estenosis de la anastomosis gastroentérica después de derivación biliopancreática.

Caso clínico: Paciente de 50 años intervenido en 2012 en otro centro, con un peso máximo de 150 kg e IMC 47 al que se le realizó una derivación biliopancreática de Scopinaro con un asa alimentaria de 200cm y un asa común de 100cm. Durante el primer año de la intervención el paciente siguió las indicaciones establecidas. A partir de entonces, el paciente presenta un seguimiento muy irregular en consulta con escasa adherencia a las recomendaciones tanto dietéticas como de suplementación oral. A pesar de ello, presenta mejoría de sus comorbilidades y adecuada pérdida ponderal

En mayo de 2019 es reintervenido de manera urgente en otro centro diferente debido a un úlcus perforado de boca anastomótica realizándose sutura primaria. Durante los meses siguientes de junio y julio precisó varios ingresos, por intolerancia oral manifestada con náuseas y vómitos constatándose estenosis de la anastomosis gastroentérica. Se realizó dilatación endoscópica con poco éxito clínico, precisando colocación de sonda nasoyeyunal de alimentación que fue necesaria recolocar en varias ocasiones. Una vez prehabilitado y sin datos de malnutrición, con un 46.6% de peso total perdido (PPTP) y un IMC, ingresó en nuestro centro para realización de cirugía de revisión, que es la que se muestra en el vídeo adjunto.

En dicha intervención se realiza, vía laparoscópica, resección de la gastroenteroanastomosis y confección de una nueva. La evolución postoperatoria fue favorable con buena tolerancia hasta la fecha.

Discusión:

1. La derivación biliopancreática es muy efectiva en términos de pérdida de exceso de peso y resolución de la mayoría de las comorbilidades.
2. Es una técnica compleja, que está sujeta a complicaciones como la estenosis de la anastomosis, la cual está asociada a la úlcera marginal e incrementada tras sutura primaria por perforación de la misma.
3. La indicación de la cirugía de revisión debe ser cuidadosa, dentro de un equipo multidisciplinar y con experiencia, ya que conlleva una morbimortalidad superior a la de la cirugía primaria.

V-15

Abordaje combinado del paciente con obesidad mórbida y hernia umbilical compleja: Bypass gástrico laparoscópico y hernioplastia anterior mediante técnica de rives

Ester Alonso Batanero, Beatriz Carrasco Aguilera, Maria Moreno Gijón, Sandra Sanz Navarro, Sonia Amoza Pais, Jose Luis Rodicio Miravalles, Lourdes Sanz Álvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: El manejo de la pared abdominal en el paciente bariátrico sigue siendo objeto de debate entre los cirujanos. Existen controversias tanto acerca del momento óptimo de reparación, como la vía de abordaje, el plano de colocación de la malla así como su material; existiendo consenso en torno a la reparación simultánea en hernias sintomáticas y aquellas con un alto riesgo de incarceration.

Caso clínico: Varón de 46 años con HTA, DM tipo II, dislipemia y SAHS grave a tratamiento con CPAP derivado a la consulta de bariátrica por obesidad mórbida grado III (IMC 44.1 kg/m², peso inicial 123 kg, talla 167 cm) y una hernia paraumbilical izquierda sintomática, parcialmente reductible con un volumen de 20x20 cm (M3W2). Se solicitaron estudios complementarios y se priorizó para reparación de pared abdominal combinada con cirugía bariátrica (gastrectomía vertical versus bypass gástrico laparoscópico según hallazgos). La gastroscopia y la ecografía no mostraron hallazgos relevantes. Se realizó TC abdomino-pélvico con volumetría: foramen herniario de 4.9x5.8cm con un saco herniario de 25x12x16.7cm y un volumen de 2605ml lo que suponía un 13.8% del volumen total de la cavidad abdominal. Por lo tanto no cumplía criterios para tratamiento con neumoperitoneo previo ni bótox.

Tras 9 meses de prehabilitación es intervenido con un peso de 115kg. La colocación habitual de los trócares fue modificada adaptando la posición del primer trócar hacia hipocondrio izquierdo debido a la presencia de la hernia paraumbilical. En un primer tiempo laparoscópico se identificó el orificio herniario de contenido epiploico y asas de intestino delgado que precisó de ampliación para conseguir reducir por completo su contenido utilizando en todo momento el bisturí ultrasónico protegiendo las vísceras. Se comprobó la integridad de las asas y debido a la ausencia de adherencias se decidió completar la cirugía con un bypass gástrico laparoscópico (asa biliopancreática 50 cm y asa alimentaria 150cm). A continuación, vía anterior, mediante una incisión paraumbilical izquierda se continuó con la liberación del saco herniario reseándolo y con la separación del espacio retromuscular para posteriormente colocar una malla sintética de 17x15cm, no absorbible, de polipropileno, 60 g/m² y poro ancho (1.5mm) completando así la hernioplastia según la técnica de Rives. Se dejó drenaje con aspiración en subcutáneo.

EL paciente es alta al tercer día posoperatorio con el drenaje y seguimiento ambulatorio. En la revisión del primer mes el paciente pesaba 106kg y a los 3 meses 80kg. La diabetes está resuelta y tiene un mejor control de la HTA y SAHS. A nivel de la herida quirúrgica presentó leve exudado seroso durante 2 meses y actualmente no precisa de curas.

Conclusiones: La patología de la pared abdominal cada día está más asociada a los pacientes con obesidad mórbida y supone un reto para el cirujano en cuanto a la decisión sobre el mejor tratamiento posible. En casos complejos el abordaje combinado puede ser la mejor solución al ser realizado en un único procedimiento. En todo caso, cada paciente debe ser individualizado.

V-16

Bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux con porta articulado. Experiencia en nuestro centro

Miguel Angel Steiner, Nikolas Aldo Palma Caucig, María Tudela, Ana Moreno, José María Monturiol.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Desde su descripción hace más de 50 años, el bypass gástrico en Y de Roux continúa siendo una de las técnicas más realizadas en cirugía bariátrica, a pesar del auge de otras intervenciones. El abordaje laparoscópico, el desarrollo tecnológico y varias mejoras técnicas han hecho que éste sea a día de hoy un procedimiento seguro y con una baja morbimortalidad. La aparición de instrumental articulado, que semeja al robot, brinda el mismo rango de movimientos sin necesidad de contar con él y los altos costos que se incurren.

Objetivos: Posterior a un periodo de formación tutorizada con este tipo de instrumental, realizamos un bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux con un porta articulado, demostrando las ventajas de su utilización en cirugía bariátrica.

Material y métodos: El procedimiento fue realizado en una paciente de 47 años de edad con hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y obesidad mórbida con un IMC de 46. Durante la cirugía se pudo constatar las ventajas de dicho instrumental en el cierre de las brechas anastomóticas, ya que permite un rango de movimientos que facilitan la realización de puntos intracorpóreos desde casi cualquier ángulo. La intervención fue realizada en 120 minutos sin incidencias, con una recuperación postoperatoria satisfactoria, dándose de alta al tercer día, con buena tolerancia oral y sin dolor.

Conclusión: El uso de instrumentos articulados en cirugía bariátrica brinda una serie de ventajas en este tipo de intervenciones complejas facilitando su realización.

Se demuestra que posterior a un periodo de formación se puede llevar a cabo este tipo de intervenciones utilizando dicho instrumental novedoso, siendo una técnica reproducible, aplicable y segura en equipos con experiencia.

Discusión: Es necesario un mayor desarrollo de este tipo de instrumental para añadir las posibilidades de disecar, cortar o sujetar; gestos imprescindibles en cirugía laparoscópica avanzada.

V-17

Hipoglicemia hiperinsulínica después de cruce duodenal; a propósito de un caso

Lucía Sobrino Roncero¹, María Sorribas Grifell¹, Claudio Lazzara¹, Anna Casajoana Badia², Javier Osorio¹, Jordi Pujol Gebelli¹.

¹Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat;

²Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: El Síndrome hipoglucémico hiperinsulinico después de cirugía bariátrica es una complicación excepcional, con una incidencia entre 0.01%- 0.36%. En la literatura se ha descrito como morbilidad post bypass gástrico, gastrectomía vertical y banda gástrica.

Se caracteriza por un cuadro de neurogluopenia severa que ocurre después de las comidas, entre 1h y 3h post ingesta, con síntomas que oscilan desde visión doble, confusión y ansiedad hasta coma hipoglucémico y muerte. Suele caracterizarse por aparecer entre el primer y tercer año post cirugía.

Caso clínico: Se trata de una paciente mujer de 38 años, con IMC máximo de 53kg/m², con 198Kg. Talla?.

Comorbilidades: hipertensión, dislipemia, SAOS severo con CPAP, depresión, hiperuricemia.

Cirugías previas: Gastrectomía vertical en septiembre de 2013. Reparación laparoscópica urgente de hernia diafragmática incarcerada con malla 2014. Cruce duodenal en Marzo 2015.

La paciente presentaba crisis de hipoglicemia postprandial con mal control en setiembre 2015, por lo que se inicia control metabólico con dieta baja en carbohidratos de absorción rápida fraccionada en 6 tomas.

Necesidad de ingreso en servicio de Endocrinología por mal control hipoglucémico con inicio de tratamiento con acarbosa y análogos de octeotrido endovenoso (y posteriormente intramuscular). Presenta correcto control glucémico posterior durante ingreso por lo que se da de alta. Controles analíticos muestran hiperinsulinismo (534,4pmol/L) hipoglicemia (2,6mmol/L), elevación del Péptido C (3,81nmol/L). Durante seguimiento, las crisis hipoglucémicas aumentan de frecuencia desde Octubre a Febrero 2016, presentándose inicialmente una vez por semana hasta convertirse en un cuadro diario desde Julio a septiembre 2016.

En este contexto, se decide realizar cirugía revisional con reconstrucción de tránsito con resección de anastomosis duodenoileal con anastomosis plastia gástrica-duodeno y anastomosis de asa alimentaria proximal al asa biliopancreatica.

La paciente después de la intervención ha permanecido asintomático, con cifras glucémicas dentro de la normalidad y sin más episodios de hipoglicemia en los 36 meses siguientes de seguimiento.

Conclusión: Puesto que los mecanismos de la hipoglicemia tras cruce duodenal no están claros, se piensa que puede ser consecuencia de un desorden hormonal postprandial con especial aumento de agonista del péptido similar al glucagón (GLP-1), el cual estimula la secreción de insulina. Además, la pérdida de peso incrementa la sensibilidad a la insulina. Ambos mecanismos serán responsables de las crisis neurogluopenicas. Debido al limitado conocimiento que tenemos sobre la relación entre los mecanismos relacionados, la hipoglicemia hiperinsulinica supone un gran desafío clínico.

V-18

Conversión de by pass gastroileal a by pass gástrico por desnutrición. Cirugía de revisión

Marta García Fernández, Ismael Díez Del Val, Julen Barrenetxea Asúa, María Pintado Izquierdo, Saioa Leturio Fernández, Carlos Loureiro, Javier Ortiz Lacorzana.

Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

Mujer de 60 años sometida a cirugía bariátrica en 2014 con IMC 37 realizando By pass gastroileal.

Ingresa en nuestro hospital, en el Servicio de Medicina Interna por neumonía en noviembre de 2019. En ese momento presenta IMC 22,7, reflujo y regurgitación de predominio nocturno, que no se controla con procinéticos e IBP, Dumping y unas 6 deposiciones al día, que condicionan una malnutrición por la que precisa control por Endocrinología y Dietética.

Es intervenida 3/02/2020 por vía laparoscópica apreciando un estómago amplio, con antro excluido, asa aferente de más de 500cm y eferente de 220cm. Se realiza reconstrucción de la continuidad intestinal, resección gástrica dejando un reservorio de 5 x 3cm a expensas de curvatura menor y bypass en Y de Roux con asa alimentaria de 120cm, biliar de 50cm y común de unos 600 cm. Cierre de mesoyeyuno.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

V-19

La intolerancia oral puede convertirse en una complicación intratable para el cirujano bariátrico

Antonio Suárez Ramos, Cristina Soraya Narváez Chávez, Pilar Gómez Rodríguez, Jose Ramón Murillo Rosell, Alberto García Picazo, Victoria Carmona Gómez, Rosa González Martín, Elías Rodríguez Cuéllar, Felipe De La Cruz Vigo, Javier Martínez Caballero.
Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Varón de 43 años de edad, con síndrome de Still, como único antecedente relevante, IMC inicial: 50.65 En Mayo de 2017 se realiza gastrectomía vertical con evolución tórpida con clínica en forma de dolor epigástrico y vómitos, requiriendo varios ingresos por intolerancia oral precisando nutrición enteral y parenteral. Los estudios realizados (endoscopia, manometría y tránsito EGD) revelaron espasmo importante de la plastia gástrica tras la ingesta. Tras varios cambios de medicación incluyendo espasmolíticos y medicación específica para espasmo esofágico y; ante la persistencia de la dificultad para la ingesta, se decide conversión a Bypass gástrico en Febrero de 2018, con el objetivo de evitar los espasmos asociados a la plastia gástrica. Durante el seguimiento posterior, presentó como complicación estenosis de la unión gastro-yeyunal por lo que se realizaron dilataciones endoscópicas con mejoría transitoria de la clínica del paciente. En revisiones posteriores presentó tolerancia oral limitada precisando suplementación con batidos hiperproteicos y dolor episódico epigástrico que consigue en ocasiones aliviar con líquidos calientes, sin embargo, niega pirosis y regurgitación. En el contexto de lo anterior se realiza nueva endoscopia evidenciando úlcera marginal de la anastomosis gastroyeyunal, con estudios anatomopatológicos de benignidad sin presencia de bacilos de Helicobacter Pilyori, siendo tratada con medicación de barrera (sulcralfato) debido a las múltiples limitaciones terapéuticas derivadas de su enfermedad de Still.

A partir de ahí, ha sufrido pérdida importante de peso y déficit nutricional por lo que ha mantenido seguimiento ambulatorio por endocrinología y nutrición.

Ante la persistencia de los síntomas pese a los esfuerzos terapéuticos en marzo 2019, se decide realizar gastrectomía total con reconstrucción en Y de Roux, tras comprobar mediante manometría esofágica y gástrica, la aparición de contracciones del pouch gástrico coincidentes con la clínica de dolor y vómitos. Durante dicho ingreso presenta neumonía broncoaspirativa con adecuada respuesta al tratamiento ATB y reintervención por evisceración de un trocar sin necesidad de resección intestinal, y es dado de alta a los 17 días tolerando dieta túrmix.

Se colocó también yeyunostomía de alimentación dada la gravedad de la sintomatología relacionada con la ingesta.

Tras la última intervención presentó mejoría transitoria con ausencia de clínica alrededor de un mes, con posterior inicio de clínica florida al iniciar la ingesta de sólidos, con tolerancia oral muy limitada, salvo la dieta túrmix, que es lo que mejor tolera. También asocia estreñimiento con frecuencia secundario a los batidos hiperproteicos, clínica compatible con dumping y no consigue una pauta de alimentación adecuada pues la clínica es aleatoria sin presentar correlación con el tipo de alimento.

Finalmente secundario a todas las complicaciones que ha presentado a los largo de su seguimiento y pese a los variados tratamientos que ha recibido, no se ha podido solucionar su sintomatología por lo que el paciente es considerado no apto para realizar ningún trabajo y se solicita la baja permanente en septiembre del 2019.

V-20

Tratamiento quirúrgico de la hipoglicemia post cirugía bariátrica: el switch de Branco-Zorron

Claudio Lazzara, Elisabet Baena, Lucia Sobrino, Javier Osorio, Jordi Pujol-Gebellí.

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La hipoglicemia hiperinsulinica después de una cirugía bariátrica es un proceso infrecuente, con una fisiopatología poco definida, que suele observarse en pacientes con antecedentes de bypass gástrico. El inicio del tratamiento debe ser farmacológico y, en caso de fracaso médico, hay que considerar las opciones quirúrgicas. Estas varían, generalmente, desde gastrostomía a reversión del bypass gástrico o conversión de bypass gástrico a gastrectomía vertical. La reversión de BPG laparoscópico es una técnica compleja e inusual, generalmente utilizada en casos seleccionados (pérdida de peso excesiva o hipoglicemias graves). La conversión de bypass gástrico a gastrectomía vertical es excepcional, con pocas series publicadas en la literatura. Por estas razones, nuevas técnicas han sido propuestas recientemente para ofrecer una opción terapéutica en estos pacientes. Entre estas, el 'switch de Branco-Zorron' se presenta como una alternativa interesante con buenos resultados.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón, de 48 años, con antecedentes de hipertensión, síndrome de las apneas y reflujo gastroesofágico. Con IMC máximo de 54kg/m², a quien, en 2019, se realizó un bypass gástrico metabólico (1m de asa BP y 1m de asa alimentaria).

El postoperatorio fue correcto, con resolución de las comorbilidades ya a los 3 meses de la cirugía. Después, a los 4 meses de la intervención, el paciente reconsultó frecuentemente a urgencias por episodios diarios de hipoglicemia postprandial a las 2h de la ingesta, sin síndrome Dumping asociado. Se iniciaron medidas dietéticas, con mejoría parcial de la sintomatología. También se añadió tratamiento con análogos GLP-1, con disminución de las hipoglicemias a 12 episodios semanales. Por la persistencia de la sintomatología se evaluó el caso en comité multidisciplinar, decidiendo cirugía revisional. Se propuso entonces una reconstrucción tipo Branco-Zorron.

La cirugía comprende la gastrectomía del fundus y cuerpo del estómago excluido; la resección de del asa alimentaria dejando los 20cm proximales, después la anastomosis del asa alimentaria residual (20cm) postanastomotica y el antro del estómago previamente excluido. La reconstrucción anatómica final del transito alimentario es estomago-yeyuno-estomago-duodeno. El postoperatorio fue correcto y se pudo suspender el tratamiento farmacológico sin presentar nuevos episodios de hipoglicemias.

Conclusión: En conclusión, la hipoglicemia grave secundaria a una cirugía bariátrica supone un desafío para los cirujanos y los endocrinólogos. La cirugía de conversión de BPG con técnica de Branco-Zorron es una novedad que podría convertirse en una herramienta útil para pacientes con hipoglicemias graves.

V-21

Cirugía de revisión: de gastrectomía vertical a bypass gástrico laparoscópico por ERGE

Patricia Sendino Cañizares, Iratxe Rodeño Esteban, Patricia Mifsut Porcel, Yanina Kataryniuk Di Constanzo, Mikel Guerra Lerma, Irene Alvarez Abad, Oihane Gutierrez Grijalba, Clara Serrano Hermosilla, Arkaitz Perfecto Valero, Gaizka Errazti Olartekoetxea.
Hospital de Cruces, Barakaldo.

Objetivos: presentar un video de una cirugía de revisión realizada en nuestro hospital.

Material y métodos: presentamos el caso de un paciente varón de 50 años, intervenido 3 años antes realizándose una gastrectomía vertical laparoscópica por obesidad mórbida, en el estudio preoperatorio de cirugía bariátrica el paciente carecía de clínica de enfermedad por reflujo esófago-gástrico (ERGE) y, tanto la gastroscopia como estudio esófago-gastro-duodenal (EED) eran normales. Al año de la cirugía, el paciente presenta una pérdida ponderal correcta pero comienza con clínica de ERGE, se completa el estudio con gastroscopia, EED, manometría y phmetría que evidencian un RGE.

Resultados: se procede a la realización de un bypass gástrico. Como se puede ver en el vídeo comenzamos la cirugía con la realización del reservorio gástrico tutorizado con sonda de Fauchet de 36F, ligeramente dificultado por adherencias de la cirugía previa. Dejamos colocado el cabezal del Orvill introducido via oral. Posteriormente se procede a la confección del pie de asa dejando un asa alimenticia de 150 cm y una biliopancreatica de 50 cm, se crea una anastomosis latero-lateral mecánica con endograpadora lineal 60 beige. Para finalizar realizamos anastomosis termino-lateral mecánica con grapadora circular 25, se realiza un cierre lateral con endograpadora lineal. Se comprueba estanqueidad con azul de metileno y se fija el asa eferente al estómago excluido para evitar torsión de la misma. La evolución del paciente fue favorable no presentando complicaciones graves y desapareciendo la clínica de reflujo.

Conclusiones: la cirugía de revisión es necesaria en algunas ocasiones, no solo en casos de fracaso de pérdida ponderal, si no también en casos de aparición de ERGE tras gastrectomía vertical. Su realización es factible, siempre que se tenga una amplia experiencia en cirugía bariátrica.

V-22

Caquexia secundaria a estenosis gástrica tras gastroplastia vertical anillada

Débora Acín-Gándara¹, Manuel Medina-García¹, Elena Ruiz-Úcar², Fernando Pereira-Pérez¹.

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada;

²Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: La gastroplastia vertical anillada(GVA) fue muy utilizada en los años 80-90, pero en la actualidad está en desuso dadas sus complicaciones a medio y largo plazo. La estenosis es relativamente frecuente (20-30%) y suele ser secundaria a una reacción fibrótica de la banda.

Objetivos: Presentar el video de una paciente caquética como consecuencia de una estenosis gástrica años después de una GVA.

Caso clínico: Mujer de 49 años, fumadora, intervenida 15 años antes en otro Centro por obesidad (IMC 52kg/m²) donde le realizaron una GVA abierta. También presenta antecedentes de eventroplastia de la laparotomía media y abdominoplastia. En tratamiento con esomeprazol por síntomas de reflujo gastroesofágico(RGE).

Consulta por disfagia progresiva a sólidos, vómitos diarios y pérdida de peso en los últimos 4 meses.

A la exploración física presenta anorexia, pesa 46kg(IMC 17 kg/m²), con cicatriz de laparotomía media y biliaca por abdominoplastia.

Se realizan las siguientes pruebas complementarias:

- Endoscopia digestiva alta, con esofagitis grado B y estenosis a nivel de la banda.

- Tránsito esofagogástrico, observando la GVA, dilatación gástrica y esofágica por estenosis de la banda.

Intervención quirúrgica: se realiza laparoscopia objetivando numerosas adherencias del epiplón y el estómago al peritoneo y lóbulo hepático izquierdo. Se procede a realizar adhesiolisis, hasta intuir la banda gástrica que se libera con cuidado del estómago y se retira.

A continuación se hace una endoscopia intraoperatoria, con dificultad para pasar la zonaestenótica donde se encontraba la banda. Lo mismo ocurre al tutorizarlo con una sonda de 36 Fr. Por ello se decide hacer una gastrogastrostomía para asegurar un correcto paso del alimento, dada la desnutrición previa de la enferma y su RGE. Se comprueba la estanqueidad de la anastomosis con azul de metileno y se deja un drenaje por la disección laboriosa.

Resultados: Dada de alta el 3º día postoperatorio con suplementación oral hiperproteica e hipercalórica. Al 6º mes postoperatorio está asintomática, con buena tolerancia oral, sin vómitos ni síntomas de RGE. Pesa 68 kg, con un IMC 25,5 kg/m²

Conclusiones: En la cirugía revisional es fundamental tener una endoscopia y un tránsito esofagogástrico previo. Cuando nos enfrentamos a una estenosis fibrótica secundaria a la banda de una GVA tenemos dos opciones: quirúrgica o endoscópica.

En este caso se presenta la segunda opción. Habría distintas técnicas quirúrgicas de conversión. Aunque lo más habitual es convertir a un bypass gástrico, en caso de caquexia una buena solución puede ser una gastrogastrostomía.

V-23

Síncope postprandial tras bypass gástrico laparoscópico refractario a cualquier tratamiento curado tras reversión a anatomía común

Rosa Marti Fernandez, Ricardo Gadea Mateo, Sara Palomares Casaus, Ernesto Muñoz Sornosa, Luisa Paola Garzon, Raquel Alfonso Ballester, Norberto Cassinello Fernandez, Joaquin Ortega Serrano, Ana Benitez, Mireia Bauza Collado.

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

La obesidad mórbida es una pandemia actualmente, con una prevalencia del 13% de los adultos en todo el mundo. Actualmente, la cirugía bariátrica es uno de los pilares del tratamiento consiguiendo una mayor pérdida de peso frente a las modificaciones de estilo de vida y el tratamiento farmacológico, mejorando así su calidad de vida y ayudando a curar enfermedades asociadas a la obesidad como la diabetes, la hipertensión, el síndrome metabólico o las dolencias articulares. Presenta una baja tasa de complicaciones, pero cuando aparecen complicaciones pueden ser graves y difíciles de solucionar.

Presentamos el caso de un paciente varón de 55 años que fue sometido a bypass gástrico laparoscópico por obesidad mórbida. Fue intervenido con 125 kg de peso y un IMC de 40,8 kg / m². Presentó buena evolución con un 96,9% de exceso de pérdida de peso. Tras dos años de seguimiento, refirió episodios de síncope postprandial que no mejoraron con medidas conservadoras (higiénico-dietéticas), ni con medidas antidumping.

Fue derivado a la Unidad de Endocrinología y Nutrición para evaluar modificaciones en el estilo de vida y la conducta alimentaria. Se descartó hipoglucemia, se realizó prueba de ingesta alimentaria y prueba de tolerancia a la glucosa con medidas de insulina y péptido C, sin obtener hallazgos patológicos.

Se realizaron pruebas complementarias como endoscopia digestiva alta y tránsito esofagogástrico para descartar alteraciones anatómicas. Ambos no mostraron ninguna alteración patológica que pudiera justificar la sintomatología de los pacientes.

Además, también fue estudiado por el cardiólogo, quien le realizó electrocardiograma y prueba Holter, sin ningún hallazgo patológico.

Por tanto, debido a la mala evolución, en un paciente con 71 kg de peso que asociaba desnutrición y mala calidad de vida, se discutió el caso en comité multidisciplinar y se decidió cirugía de reversión de bypass gástrico. En el postoperatorio inmediato, el paciente inició tolerancia sin complicaciones. La clínica desapareció, sin recidiva ni síncope en el seguimiento al año de la cirugía, ganando algo de peso como consecuencia. En la última visita de seguimiento el paciente permanece asintomático y con un peso de 81kg, un total de 90,7% EPP y un IMC de 26,5 kg / m².

Se realizó una búsqueda en la literatura encontrando muy pocos casos como el nuestro en el que no se encontró una causa para los episodios de síncope, que se revirtieron con la conversión del bypass.

V-24

Retirada de banda gástrica ajustable (BGA): Tips & Tricks

Albert Caballero Boza, Jordi Tarascó Palomares, Edward Sánchez, Carlota Matallana, Christian Herrero, Pau Moreno Santabàrbara.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos: La Banda Gástrica Ajustable (BGA) fue una técnica muy popular en los 2000 pero actualmente es frecuente tener que retirar estos dispositivos por sus complicaciones a largo plazo.

El objetivo de este trabajo es mostrar de forma detallada los pasos a seguir para retirar una banda gástrica ajustable, con consejos y trucos para facilitar el éxito del procedimiento.

Material y Métodos: Presentamos el caso de una paciente de 35 años con antecedentes de obesidad IMC 37Kg/m² y síndrome de ovarios poliquísticos intervenida de BGA laparoscópica en un centro privado en 2005 (peso mínimo 75kg IMC 27,8Kg/m²). En 2010, por mala tolerancia, se desinchó la banda en el mismo centro. Además, en 2018 se realizó en nuestro centro una segmentectomía hepática II-III laparoscópica por adenoma hepático de 4,4 cm.

A raíz de esta última cirugía, donde se liberaron adherencias gastrohepáticas, presentó disfagia y clínica de reflujo gastroesofágico. Peso actual 97.8 kg. IMC: 36.3 kg/m².

Se realizó TEGD en noviembre de 2019 que mostraba esófago normal y reflujo gastroesofágico sin observar hernia de hiato. La BGA se encontraba alrededor del cardias, desinflada, permitiendo el correcto paso esofago-gástrico y se observaba un correcto vaciado gástrico.

Se realizó además una fibrogastroscoopia que descarta la inclusión de la banda gástrica.

Dada la importante sintomatología, a pesar de sólo objetivar leve reflujo en el tránsito y estar la banda normoposicionada, se decide revisión y probable retirada del dispositivo.

Se muestra en el video la estrategia seguida y los puntos clave para facilitar la extracción.

Resultados: Por vía laparoscópica se retiró la banda y se realizó la resección del anillo fibrótico perigástrico. El tiempo operatorio fue de 90min sin presentar complicaciones intra ni postoperatorias. Alta hospitalaria a las 24h con buena tolerancia oral, mejoría de la disfagia y desaparición del reflujo.

En la actualidad la paciente persiste sin sintomatología de disfagia ni de reflujo.

Conclusión: La necesidad de retirar bandas gástricas puede aumentar en los próximos años. Las adherencias de cirugías previas, la inclusión gástrica del dispositivo y el riesgo de perforación gástrica hacen aumentar la dificultad de este procedimiento. Siguiendo los consejos y trucos mostrados en el video, se pueden minimizar los riesgos y ser una técnica reproducible por vía laparoscópica.

V-25

Patología biliar compleja y obesidad mórbida: Resolución en dos tiempos

Mariana García Virosta, Esther Ferrero Celemín, Ángel Cuadrado García, Sara Núñez O'sullivan, Carmen Rodríguez Haro, Jose Daniel Sánchez López, Jose María Gil López, Fátima Sánchez-Cabezudo, Laura Patricia Zorrilla Matilla, Antonio Luis Picardo Nieto.

Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

La patología biliar es altamente frecuente en pacientes con obesidad mórbida. De hecho, se encuentra entre los factores de riesgo de dicha patología junto con el sexo femenino y la edad.

Presentamos el caso de una mujer de 35 años con antecedentes de hipotiroidismo y SAHS, que acude para tratamiento de la obesidad. Se realiza ecografía, gastroscopia y tránsito esofagogástrico, como hallazgo incidental en la gastroscopia se observa una fístula colecistoduodenal. Se decide, en sesión del servicio de cirugía general, realizar la cirugía bariátrica en primer lugar, con el fin de facilitar la colecistectomía y resolución de la fístula en un segundo tiempo. Se somete a la paciente a una cirugía bariátrica mediante la técnica de gastrectomía vertical.

Seis meses después de la cirugía bariátrica, la paciente presenta una pérdida de 15 kg y se mantiene asintomática respecto a la patología biliar. Se decide realizar colecistectomía y tratamiento de la fístula en ese momento. Durante el postoperatorio presenta débito biliar a través del drenaje, que se resolvió de manera espontánea. Sin más complicaciones es dada de alta del hospital y actualmente mantiene el seguimiento en consultas de cirugía. La anatomía patológica mostró una vesícula con colecistitis crónica sin signos de malignidad.

Como se aprecia en este caso, la patología biliar está altamente asociada a la obesidad. Se trata de dos patologías complejas que no han de ser tratadas en el mismo tiempo. La realización de la cirugía bariátrica en un primer tiempo puede facilitar la técnica quirúrgica a la hora de realizar la segunda cirugía. La fístula colecistoduodenal es una patología que, aunque se presente como hallazgo incidental con el paciente asintomático, hay que tratarla.

V-26

Estallido del pie de asa en paciente con antecedente de BPGL

Ignacio Maruri Chimeno, Marta López Otero, Isabel Otero Martínez, M^a Hermelinda Pardellas Rivera, Sonia González Fernández, Patricia Jove Alborés, Raquel Sánchez Santos.
Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

Objetivos: A medida que pasan los años y los pacientes operados por las unidades de obesidad aumentan; las probabilidades de que deban ser valorados en un servicio de urgencias aumenta en la misma proporción. Estos pacientes pueden no expresar grandes alteraciones clínicas o analíticas pese a presentar complicaciones intraperitoneales graves.

Las transgresiones dietéticas pueden ser causantes de complicaciones severas en este contexto.

Material y Métodos: Presentamos en formato video el caso de una paciente de 49 años con antecedente de bypass gástrico laparoscópico con un IMC de 43.3 Kg/m² que 6 meses después de la intervención acude al servicio de urgencias presentado un cuadro de abdomen agudo de 3 días de evolución acompañado de vómitos y fiebre en domicilio.

El TC informa de neumoperitoneo y líquido libre en relación a perforación yeyunal a nivel del pie de asa.

La paciente es sometida a una laparoscopia exploradora urgente objetivándose una peritonitis fecaloidea difusa secundaria a un estallido a nivel del pie de asa por un fitobezoar impactado.

Se realiza una resección laparoscópica de asa alimentaria, asa biliar y asa común englobando la perforación, con reconstrucción del pie de asa a 10 cm de la anastomosis previa y drenaje del contenido peritoneal.

Resultados: La anatomía patológica describe la pieza de resección como un segmento de intestino delgado con áreas de congestión y necrosis isquémica de la mucosa en el área central del segmento anastomótico.

La paciente requirió estancia en Reanimación durante el postoperatorio inmediato con diagnóstico de shock séptico, precisando la administración de fármacos vasoactivos para mantener las constantes.

Tras presentar mejoría hemodinámica y retiradas las aminas, la paciente es dada de alta a planta para continuar su recuperación.

Durante el postoperatorio la paciente presenta inicialmente tolerancia oral errática, precisando reposo digestivo y nutrición parenteral.

Presenta también una colección laminar en el parietocólico izquierdo que requiere drenaje intervencionista y antibioterapia endovenosa con buena evolución posterior.

La paciente es dada de alta un mes después de la intervención tolerando correctamente una fase IV postbariátrica, afebril y con analíticas normalizadas. A día de hoy la paciente mantiene un peso normalizado con algún vómito ocasional sin repercusiones.

Conclusiones: Las transgresiones dietéticas son la causa principal de dolor abdominal por la que los pacientes con antecedente de cirugía bariátrica acuden al servicio de urgencias.

Debe tenerse un alto índice de sospecha en este tipo de pacientes, que pueden ser oligosintomáticos pese a presentar un proceso grave.

Se recomienda que las cirugías urgentes en pacientes con antecedente de cirugía bariátrica sean llevadas a cabo por cirujanos con experiencia en este tipo de intervenciones.

V-27

Abdomen agudo tras bypass gástrico laparoscópico. Cirugía de urgencia en el paciente bariátrico

Ignacio Maruri Chimeno, Marta López Otero, Isabel Otero Martínez, M^a Hermelinda Pardellas Rivera, Sonia González Fernández, Patricia Jove Alborés, Raquel Sánchez Santos.
Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

Objetivos: Cada vez es mayor el número de pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica que acuden al servicio de urgencias para valoración.

El objetivo de esta comunicación es mostrar cómo un paciente con dicho antecedente y que presenta una clínica leve y sin alteraciones analíticas puede suponer una urgencia quirúrgica grave.

Material y Métodos: Presentamos en formato vídeo el caso de un varón de 51 años con antecedente de bypass gástrico laparoscópico hace 12 meses que acude a Urgencias con un cuadro de epigastralgia aguda. Desde la cirugía ha normalizado su peso (IMC 24.5 Kg/m²), manteniendo su hábito tabáquico y una FA intermitente. No presenta alteraciones analíticas y sus constantes son estables.

Se realiza un TC abdominal en el que se objetiva neumoperitoneo y abundante cantidad de líquido libre.

El paciente refiere toma reciente de AINES sin protector gástrico por dolor articular.

Ante un empeoramiento clínico brusco se decide intervención quirúrgica urgente.

Se realiza una laparoscopia exploradora evidenciándose peritonitis difusa secundaria a una perforación de 2 cm en la cara posterior de la anastomosis gastroyeyunal comprobada mediante instilación transoral de azul de metileno.

Se realiza una resección anastomótica englobando la úlcera con reanastomosis circular mecánica (EEA 25 mm) comprobando la estanqueidad, múltiples lavados de la cavidad y colocación de drenajes.

Resultados: El paciente requiere una estancia inicial en REA para control de su sepsis, presentando mejoría clínica y analítica progresiva por lo que es dado de alta a planta.

Posteriormente inicia una correcta tolerancia oral por fases, manteniéndose afebril y estable durante todo su ingreso, siendo dado de alta al 8º día postoperatorio.

En el seguimiento posterior en consultas externas no ha vuelto a presentar clínica y su peso sigue en un rango normal, manteniéndose tratamiento con IBPs a dosis doble.

Conclusiones: Los pacientes con antecedente de una cirugía bariátrica siempre presentarán características especiales pese a la normalización de su IMC. Pueden ser paucisintomáticos y no tener alteraciones analíticas aún en situaciones de gravedad.

Es por esto que tanto los especialistas de urgencias como los cirujanos de guardia deben mantener un alto índice de sospecha y no dudar en solicitar una prueba de imagen o revisar al paciente en quirófano pese a una sintomatología poco florida.

V-28

Diferentes causas de obstrucción tras bypass gástrico. Diferentes soluciones

Esther Ferrero Celemín, Jose Daniel Sánchez López, Sara Núñez O`ullivan, Mariana García Virosta, Carmen Rodriguez Haro, Irene Ortega Vázquez, Jose María Gil López, Fátima Sánchez-Cabezudo Noguera, Antonio Luis Picardo Nieto.

Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes.

Objetivos: Presentar un video con una serie de casos clínicos con diferentes causas de obstrucción intestinal tras By-pass gástrico laparoscópico; y por lo tanto con diferentes soluciones, todas ellas laparoscópicas.

Material y Métodos: El caso clínico número 1 se trata de una mujer de 29 años con antecedentes de síndrome de ovario poliquístico y dislipemia mixta. Se realiza By-pass gástrico laparoscópico por obesidad mórbida y es dada de alta a las 48h sin incidencias. A las 24h de estar en su domicilio comienza con dolor en mesogástrico, vómitos e intolerancia oral. Motivo por el cual acude al servicio de urgencias. A la exploración no presenta fiebre ni taquicardia, el abdomen es doloroso en meso y epigástrico. No irritación peritoneal. Se realiza TAC abdominal: signos de obstrucción con cambio de calibre en anastomosis yeyuno-yeyunal. Leve edema del meso y pequeña cantidad de líquido libre. Asa biliopancreática no dilatada. Con estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente.

El caso clínico número 2 se trata de una mujer de 45 años sin antecedentes de interés salvo obesidad mórbida, a la que se practica By-pass gástrico laparoscópico 3 años antes. Desde entonces ha perdido 30Kg. Acude al servicio de urgencias dolor abdominal y vómitos de pocas horas de evolución tras ingesta. No otra sintomatología. A la exploración no presenta fiebre ni taquicardia, el abdomen es doloroso a la palpación difusa, sobre todo en hemiabdomen inferior. No irritación peritoneal. Se realiza TAC abdominal: cuadro obstructivo de intestino delgado en primeras asas yeyunales secundario a probable hernia interna de localización paraduodenal izda. Con estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente.

El caso clínico número 3 se trata de un varón de 44 años con antecedentes de DM tipo II, HTA y obesidad mórbida al que se le realiza un By-pass gástrico laparoscópico 2 días antes. Estando ingresado refiere dolor abdominal que no cede con los analgésicos pautados. Presenta fiebre y taquicardia. Se realiza TAC abdominal donde se aprecia gran dilatación del remanente gástrico, duodeno y primeras asas yeyunales hasta pie de asa. Con estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente.

Resultados: El caso clínico nº1 es una obstrucción por brida (v-loc) en el asa alimentaria cercano al pie de asa puesto que es la sutura del cierre del meso. Se trata mediante sección de la sutura.

El caso clínico nº2 es una obstrucción por hernia de Petersen. Se trata mediante reducción de la misma y sutura del espacio de Petersen.

El caso clínico nº3 es una obstrucción por estenosis del pie de asa que causa dilatación del asa biliopancreática y del remanente gástrico. Se trata mediante refuerzo de la línea de grapas del remanente, colocación de gastrostomía y elaboración de nuevo pie de asa, resecaando el previo.

Conclusiones: El By-pass gástrico laparoscópico es una de las técnicas más empleadas para el tratamiento de la obesidad mórbida, se deben conocer las posibles complicaciones del mismo y sus soluciones. El abordaje laparoscópico es la primera elección para el tratamiento quirúrgico de las complicaciones.

V-29

Manejo laparoscópico de la fuga anastomótica en el by-pass gástrico. Tutorización de orificio fistuloso sobre sonda de Foley

José Fernando Trebolle¹, Mónica Valero Sabater¹, Beatriz Cros Montalbán¹, Carlos José Yáñez Benítez², Issa Talal El-Abur¹, Ana Nogués Pevidal¹, Jorge García Egea¹, Alejandro García García¹, Juan Luis Blas Laína¹.

¹Hospital Royo Villanova, Zaragoza;

²Hospital Royo Villanova, Zaragoza, Zaragoza.

Objetivo: Presentar el abordaje laparoscópico de la fuga anastomótica en un caso de by-pass gástrico metabólico.

Material y Método:

CASO CLÍNICO: Paciente de 59 años. Antecedentes personales de arritmia cardiaca por fibrilación auricular, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, hipotiroidismo, cirugía de quiste dermoide y septoplastia. Obesidad IMC 32 (Peso 103 Kg, Talla 179 cm) + síndrome metabólico. ASA 3. Gastroscoopia preoperatoria: esófago de Barrett corto de unos 2 cm y voluminosa hernia de hiato deslizante no complicada. Programado para cirugía metabólica (By-pass gástrico metabólico + cierre de pilares diafragmáticos).

Resultados: De forma programada y con abordaje laparoscópico se realiza un by-pass gástrico metabólico con cierre de pilares diafragmáticos sin incidencias (vídeo cirugía 1). A las 24 horas del postoperatorio el paciente comienza con cuadro de dolor abdominal e inestabilidad hemodinámica presentando analítica de sangre con 13200 leucocitos, PCR de 36.88 y TAC abdominal informado como "presencia de colección con aire extraluminal a nivel del hiato esofágico, en íntimo contacto con el borde superior de la sutura de la gastroyeyunostomía" (imágenes). Se indica laparoscopia exploradora de forma urgente evidenciando importante peritonitis secundaria a dehiscencia en la anastomosis gastroyeyunal, realizando lavado y drenaje de la cavidad abdominal y del hiato esofágico, y cierre primario de la anastomosis abierta (vídeo cirugía 2). Con una evolución postoperatoria tórpida, en el día 14 del postoperatorio y ante la aparición de fiebre mantenida y reelevación analítica de los parámetros inflamatorios, con 15100 leucocitos y PCR de 29.31, se realiza nuevo TAC abdominal informado como "signos de fuga anastomótica gastroyeyunal con colecciones hidroaéreas en mediastino posterior y derrame pleural" (imágenes). Se indica revisión quirúrgica donde se evidencia nueva dehiscencia anastomótica con importante fibrosis asociada del tejido circundante. Se realiza una liberación de la anastomosis gastroyeyunal, con drenaje de colección intraabdominal, colocación de sonda nayoyeyunal para alimentación, y tutorización del orificio fistuloso anastomótico con sonda de Foley abocada a piel por epigastrio (vídeo cirugía 3). Evolución postoperatoria en UCI con fracaso multiorgánico y curso lentamente favorable hasta ser dado de alta a los 63 días de la segunda reintervención tras la retirada de la sonda tutor, con buena tolerancia digestiva y buen control glucémico. En el seguimiento en Consultas se encuentra asintomático presentando en el EED de control realizado "hernia de hiato con muñón gástrico localizado supradiafragmático, y anastomosis gastroyeyunal localizada en cavidad abdominal de calibra normal y con buen paso de contraste" (imágenes).

Conclusiones: La dehiscencia anastomótica del by-pass gástrico puede abordarse tutorizando la misma sobre una sonda de Foley. Ésto puede ser una alternativa segura que permite controlar la fuga, pudiendo ser retirada en un segundo tiempo sin ninguna repercusión funcional para el by-pass.

V-30

Intususcepción ileal recurrente en el bypass gástrico: Resección laparoscópica de la anastomosis yeyunoyeyunal

Marc Pérez-Xaus, Laia Torrent-Jansà, Manuel Pera-Román, Anna Casajoana-Badia.

Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: La obesidad es una de las enfermedades más prevalentes del mundo. La cirugía bariátrica es la única opción que ha demostrado una pérdida de peso sostenida en el tiempo, así como la remisión y control de las enfermedades metabólicas asociadas. Durante años, el bypass gástrico laparoscópico ha sido la técnica gold standard. Las complicaciones del bypass a largo plazo no son infrecuentes siendo la oclusión intestinal una de las causas más frecuentes de reintervención quirúrgica, principalmente por adherencias o hernia interna. Otras, como la intususcepción ileal o del pie de asa son infrecuentes, con una incidencia entre 0,4 y 0,7%, requiriendo un alto índice de sospecha para su diagnóstico. En este video presentamos el caso de un paciente con intususcepción ileal retrógrada recurrente que requirió de resección del pie de asa.

Material y métodos: Varón de 33 años con antecedente de by-pass gástrico en Y de Roux laparoscópico en 2017 por obesidad grave con IMC máximo de 44kg/m². Tres años después de la cirugía, presentó una pérdida total de peso de 70 kg, manteniendo un IMC de 23kg/m². En agosto de 2020, el paciente consultó en urgencias por un cuadro de dolor abdominal agudo. El TC abdominal mostró una oclusión intestinal por intususcepción ileal, indicándose cirugía de urgencias. En la laparoscopia exploradora se evidenció una intususcepción retrógrada del asa común que se redujo espontáneamente. Dos meses más tarde, el paciente presentó un segundo episodio de oclusión intestinal. En el TC abdominal se observó la intususcepción ileal a través de la anastomosis del pie de asa que se resolvió con tratamiento conservador. Dada la recurrencia, se indicó la resección de la anastomosis del pie de asa de forma electiva.

Resultados: Dividimos la cirugía en distintos pasos. I) Exploración: mediante abordaje laparoscópico, exploramos des de la válvula ileocecal el tipo de reconstrucción gastrointestinal, observando una invaginación del asa común que condicionaba una dilatación retrógrada del asa alimentaria (150cm) y biliopancreática (50cm). II) Resección del pie de asa: Identificamos el pie de asa y seccionamos el asa biliopancreática y alimentaria proximal a la anastomosis yeyunoyeyunal. Tras la sección del asa común, resecamos el mesenterio del pie de asa. III) Reconstrucción del asa alimentaria: realizamos una anastomosis yeyuno-yeyunal, latero-lateral, isoperistáltica, semimecánica y lineal entre el asa alimentaria y común, con posterior cierre del defecto mesentérico. IV) Reconstrucción del pie de asa: realizamos el mismo tipo de anastomosis, 20cm distal a la previa, configurando el nuevo pie de asa, con sutura posterior del defecto mesentérico. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y el paciente fue alta al tercer día de ingreso. A los 3 meses de seguimiento, la paciente continua asintomático.

Conclusión: El tratamiento de elección ante la intususcepción ileal no está bien establecido. Algunos cirujanos optan por un tratamiento quirúrgico conservador con una reducción de la invaginación simple o con enteropexia del asa biliopancreática asociada. En casos de recurrencia el tratamiento de elección es la resección y reconstrucción del pie de asa.