



V-044

Obstrucción intestinal tras by-pass gástrico por una brida formada sobre un clip quirúrgico. Comunicaciones Médicas. Vídeo.

Sánchez Pedrique, Isabel¹; Hernández Pérez, Álvaro¹; Macías Hernández, David Nicolás².

¹Hospital Nuestra Señora de Sonsoles; ²Fundación Hospital General de la Santísima Trinidad.

26/05/2022 09:00 Sala D

Objetivos: Presentar un caso de obstrucción intestinal secundaria a una brida formada a partir de un clip quirúrgico en el postoperatorio tardío de un bypass gastroyeyunal.

Material y métodos: Las hernias internas son una causa muy frecuente de obstrucción intestinal en los pacientes intervenidos de obesidad mórbida. En el caso del bypass gástrico, los puntos donde se producen las hernias internas son los espacios creados artificialmente durante la sección del mesenterio y su movilización para conformar la nueva arquitectura intestinal. Los más frecuentes son el espacio transmesocólico (en el bypass transmesocólico), el espacio de Petersen (entre el asa ascendida y el compartimento supramesocólico) y el defecto mesentérico creado en la anastomosis entero-entérica. Aparecen más frecuentemente en el postoperatorio tardío, por efecto de la pérdida de peso (disminución de la grasa mesentérica y aumento del tamaño de los defectos mesentéricos). Una estrategia para minimizar la aparición de este tipo de hernias es cerrar estos orificios artificiales con suturas irreabsorbibles. Pero hay otras circunstancias que pueden favorecer la aparición de una obstrucción, como la formación de bridas o adherencias. Cuando nos enfrentamos a un paciente con antecedentes de cirugía bariátrica y una obstrucción intestinal, es necesario conocer la cirugía realizada para establecer un elevado nivel de sospecha y poder ofrecer el tratamiento más adecuado. El abordaje terapéutico más recomendable en estos pacientes es el laparoscópico, aunque su manejo puede ser técnicamente difícil. Debido al auge de estas técnicas, es importante para todos los cirujanos conocer las diferentes técnicas y las variaciones que éstas suponen respecto a la anatomía normal. Se presenta el caso de una mujer de 26 años en el segundo año postoperatorio de un bypass gastro-yeyunal, con pérdida ponderal adecuada, que consulta en el Servicio de Urgencias por dolor abdominal intenso, con analítica anodina salvo una leve acidosis metabólica compensada. Se realiza una TC abdominal que informa de obstrucción intestinal de bajo grado, probablemente secundaria a una hernia interna. Se propone laparoscopia exploradora, encontrando una brida carnosa formada en la terminalización del asa biliar a partir de la peritonización de un clip de la cirugía previa, a través de la cual se hernia el asa común (hernia del pie de asa).

Resultados: Se consiguió reducir por vía laparoscópica el intestino herniado, que conservaba su viabilidad, y cerrar la brecha mesentérica con sutura irreabsorbible. La evolución de la paciente fue favorable, con reintroducción de la alimentación oral a las 24 horas y alta hospitalaria a las 48 horas. Durante los dos primeros años de seguimiento postoperatorio no ha vuelto a presentar episodios sugestivos de obstrucción intestinal y ha presentado reganancia ponderal, que actualmente controla con medidas higiénico-dietéticas.

Conclusiones: A pesar de que la cirugía laparoscópica disminuye el riesgo de formación de bridas y adherencias, siempre deben ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial de una obstrucción intestinal en un paciente con antecedentes de cirugía bariátrica. Conocer las diferentes técnicas y sus variaciones anatómicas es muy útil a la hora de establecer la sospecha diagnóstica y el planteamiento terapéutico más adecuado.

O-054

¿Hay patrones comunes de mejora de lipotoxicidad en adultos operados de bariátrica comparados con población pediátrica sometida a cambio de estilo de vida? Comunicaciones médicas. Oral.

Soria Gondek, Andrea¹; Cereijo, Rubén²; Murillo, Marta¹; Reyes Farias, Marjorie³; González, Lorena³; Pellitero, Silvia¹; Tarascó, Jordi¹; Koulman, Albert⁴; Vidal Puig, Antonio⁵; Sánchez Infantes, David⁶.

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ²Institut Recerca Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; ³Institut Germans Trias i Pujol; ⁴NIHR BRC Core Metabolomics and Lipidomics Laboratory; ⁵Institute of Metabolic Science, Addenbrooke's Hospital; ⁶Universidad Rey Juan Carlos.

26/05/2022 11:30 Sala A

Objetivos: La obesidad infantil afecta a 158 millones de niños en todo el mundo, y supone un riesgo de diabetes, enfermedad cardiovascular y muerte prematura. Hay una clara relación entre acumulación excesiva de grasa y un estado inflamatorio persistente (lipotoxicidad), que es responsable de complicaciones como la insulinoresistencia. La cirugía metabólica mejora la inflamación y la homeostasis glucídica y lipídica. Nuestro objetivo es comparar el lipidoma circulante en pacientes adultos con obesidad sometidos a cirugía bariátrica y en pacientes pediátricos con obesidad sometidos a intervención conductual con el fin de descifrar si las especies lipídicas moduladas por la cirugía bariátrica están también involucradas en la obesidad infantil.

Material y métodos: Se reclutaron 30 adultos con obesidad sometidos a cirugía bariátrica y 10 pacientes pediátricos con obesidad sometidos a intervención conductual. Se recogieron prospectivamente los datos antropométricos, el perfil bioquímico y el perfil lipídico circulante a tiempo 0 y 6 meses después de la intervención. Se analizaron los cambios clínicos y lipídicos a 0-6 meses y su correlación entre ellos.

Resultados: 71 especies lipídicas modificaron su expresión en la cohorte pediátrica (15 al alza, 56 a la baja). 193 especies lipídicas modificaron su expresión en la cohorte adulta (118 al alza, 75 a la baja). La concentración de fosfatidilinositoles en la cohorte pediátrica y de fosfatidilcolinas en la cohorte adulta aumentó significativamente. La concentración de O-fosfatidilserinas en la cohorte pediátrica y de diacil/triacilgliceroles en la cohorte adulta disminuyó significativamente. 15 especies lipídicas coincidieron en ambas cohortes. En la cohorte pediátrica, las O-fosfatidilserinas se correlacionaron positivamente con el índice de masa corporal, el peso y la insulinemia y negativamente con la creatinina, los triglicéridos, la proteína total y la urea. En la cohorte adulta, niveles de diacil/triacilgliceroles se correlacionaron positivamente con insulinemia, triglicéridos, proteína total y urea, mientras que los niveles de fosfatidilcolinas se correlacionaron negativamente con transaminasas y colesterol circulante.

Conclusiones: Tanto la cirugía bariátrica como la intervención conductual multimodal producen cambios significativos en el perfil lipídico circulante de pacientes adultos y pediátricos, respectivamente. Este cambio es mayor después de la cirugía bariátrica. Quince especies lipídicas cambiaron significativamente en ambas cohortes, relacionándose con la obesidad precoz. Estas especies lipídicas podrían ser potenciales biomarcadores de aplicación diagnóstica, pronóstica o terapéutica en la práctica clínica.

Agradecimientos: PI20/01455

P-064

¿Puede la cirugía metabólica modular el comportamiento de linfocitos T infiltrados en tejido adiposo de pacientes con obesidad severa?

Comunicaciones Médicas. Póster.

Sentí I Farrarons, Sara; Reyes-Farias, Marjorie; Cereijo, Rubén; Sumoy, Lauro; Pellitero, Silvia; Caballero, Albert; Martínez, Eva; Tarascó, Jordi; Villarroya, Francesc; Sánchez-Infantes, David.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

27/05/2022 10:30 Pantalla 2

Introducción: La obesidad se acompaña de una infiltración de células inmunes en el tejido adiposo, promoviendo una inflamación crónica de bajo grado que se asocia con varias patologías metabólicas. El tejido adiposo (TA) blanco se puede clasificar según su distribución en dos depósitos principales: visceral (TAV) y subcutáneo (TAS), con diferentes características fisiológicas y papel específico en el metabolismo global. Este estudio se centra en evaluar el comportamiento de los linfocitos infiltrados en el TA en términos de expresión génica y su papel en la biología de la grasa y el estado metabólico en pacientes con obesidad severa sometidos a cirugía bariátrica.

Objetivo: Identificar nuevas dianas terapéuticas y biomarcadores implicados en la relación entre infiltración de células inmunes en el TA y el desarrollo de enfermedades metabólicas relacionadas con la obesidad.

Metodología: El estudio incluyó muestras TAV y TAS de pacientes con obesidad severa sometidos a cirugía bariátrica. En el laboratorio, obtuvimos de estas muestras la subpoblación de linfocitos T (CD3+) infiltrados en dicha grasa. Posteriormente, se realizó un "array" para obtener la transcriptómica de estos linfocitos T, y se estudiaron los genes modulados en función del tipo de depósito.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas en el perfil de expresión génica entre linfocitos T CD3+ viscerales y subcutáneos (Figura 1). Del top 100 genes analizados (aún bajo confidencialidad), identificamos que el gen N.º 8 (ver Figura) se encontraba 10 veces más expresado en linfocitos de TA visceral que de subcutáneo. La expresión del gen 8 correlacionaba directamente con genes implicados en inflamación e inversamente con genes relacionados con adipogénesis.

Conclusiones: El aumento tan marcado de la expresión de un gen expresado por linfocitos T infiltrados en TAV comparado con TAS y su asociación con genes pro-inflamatorios y de adipogénesis, podría implicar un papel importante de dicho gen en la inflamación presente específicamente en TAV, así como en la limitación de la expandabilidad sana de dicho depósito. El estudio de este gen en grasa visceral obtenida después de la cirugía bariátrica es el próximo reto para elucidar el posible mecanismo de acción de la cirugía metabólica en la resolución de la inflamación y la resistencia a la insulina.

O-030

Cirugía de pared abdominal concomitante a la cirugía bariátrica: 16 años de experiencia. Comunicaciones médicas. Oral.

**Morera Grau, Álex; Bravo Salva, Alejandro; Serra Saus, Carme; Ramón Moros, José Manuel; Pera Román, Manuel; Casajoana Badía, Anna.
Hospital del Mar.**

25/05/2022 18:30 Sala A

Objetivo: analizar la incidencia y resultados de los procedimientos concomitantes a la cirugía bariátrica por defectos de pared abdominal (<5cm).

Material y métodos: estudio descriptivo comparativo de la base de datos prospectiva de cirugía bariátrica del Hospital del Mar de Barcelona entre diciembre de 2001 y febrero de 2020, con un seguimiento mínimo de 1 año. Análisis de la incidencia en la realización de procedimientos quirúrgicos concomitantes a la cirugía bariátrica para el tratamiento de los defectos de pared abdominal de menos de 5cm. Se comparan los resultados de estancia hospitalaria, complicaciones quirúrgicas inmediatas y mortalidad entre grupos de pacientes con cirugía concomitante de pared abdominal y cirugía bariátrica (CB-C), y grupo de pacientes con CB como único procedimiento quirúrgico (CB). Se excluyen de la comparación los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en concomitancia con otro procedimiento distinto de la reparación de pared abdominal.

Resultados: se intervinieron un total de 645 pacientes de cirugía bariátrica. 558 fueron intervenidos únicamente de CB. En 26 (4,5 %) se realizó cirugía de pared abdominal con abordaje anterior; concomitante a la cirugía bariátrica (n=12 Bypass gástrico; n=14 gastrectomía vertical), siendo 17 pacientes mujeres (65,4%), con una media y rango de edad de 48,2 años [29-63] e IMC de 45,3kg/m² [36,4-61]. En todos los casos, el defecto de pared abdominal intervenido concomitantemente fue de < 5cm. En 17 pacientes el diagnóstico fue hernia umbilical y en 9 casos hernia incisional de la línea media. La cirugía concomitante se realizó bajo abordaje anterior al finalizar la cirugía bariátrica, en 21 pacientes (80,8%) se realizó un cierre primario y colocación de malla preperitoneal, y en 5 pacientes (19,2%) se colocó la malla suprafascial. En el seguimiento, 3 pacientes (11,5%) presentaron recurrencia de la hernia intervenida, y 2 (7,7%) una nueva hernia incisional en otra localización. En el análisis comparativo entre grupos, ambos grupos tenían una edad sin diferencias estadísticamente significativas (p=0,062) y un ASA similar (p =0,752). En la estancia hospitalaria y número de complicaciones en el postoperatorio inmediato, no hubo diferencias (p=0,113; p=0,501). La mortalidad fue similar en ambos grupos (p=0,240).

Conclusiones: en pacientes con un defecto de pared abdominal de menos de 5cm (hernia u eventración) realizar la cirugía de pared abdominal concomitante a la cirugía bariátrica es seguro, no alarga la estancia hospitalaria ni el riesgo de complicaciones en el postoperatorio inmediato, así como también evita someter a los pacientes a dos tiempos quirúrgicos. A pesar de ello, la recurrencia a más de 1 año después de la cura radical con abordaje anterior es de 11,5%. Dada la recurrencia nos planteamos la utilización de abordajes laparoscópicos para minimizar el riesgo de la misma o diferir la cirugía de pared a un segundo tiempo quirúrgico.

O-031

Cirugía bariátrica robótica sin ingreso hospitalario comunicaciones médicas. Oral.

Caballero Boza, Albert; Tarascó Palomares, Jordi; Sentí Farrarons, Sara; Galofré Recasens, Carla; Pellitero, Silvia; Vázquez, Federico; Martínez, Eva; Martin, Mariona; Bonet, Gloria; Moreno Santabárbara, Pau.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

25/05/2022 18:30 Sala A

Objetivo: Presentar nuestro protocolo y experiencia inicial en un programa de cirugía bariátrica robótica sin ingreso hospitalario.

Material y métodos: Las prestaciones que nos otorga la plataforma robótica Da Vinci en la cirugía bariátrica son de gran ayuda en casos de obesidad extrema y cirugías de revisión. La menor agresión a los tejidos, la finura y exactitud de movimientos se traducen en una mayor seguridad para el paciente y además en una disminución del dolor durante el postoperatorio inmediato. Este hecho, nos ha dado la posibilidad de iniciar un programa de cirugía bariátrica robótica evitando el ingreso hospitalario convencional definiendo un subgrupo de pacientes de bajo riesgo con los siguientes criterios de inclusión:

- Candidatos a gastrectomía vertical según decisión del comité multidisciplinar.
- Apoyo familiar y residencia en un radio de menos de 40km y/o menos de 30 min del hospital.
- Saturación basal oxígeno superior a 96%.
- Que no cumplan los siguientes criterios de exclusión: GRUPO DE RIESGO, diabetes insulino dependiente, coagulopatía, hipertensión mal controlada, necesidad de drenaje.

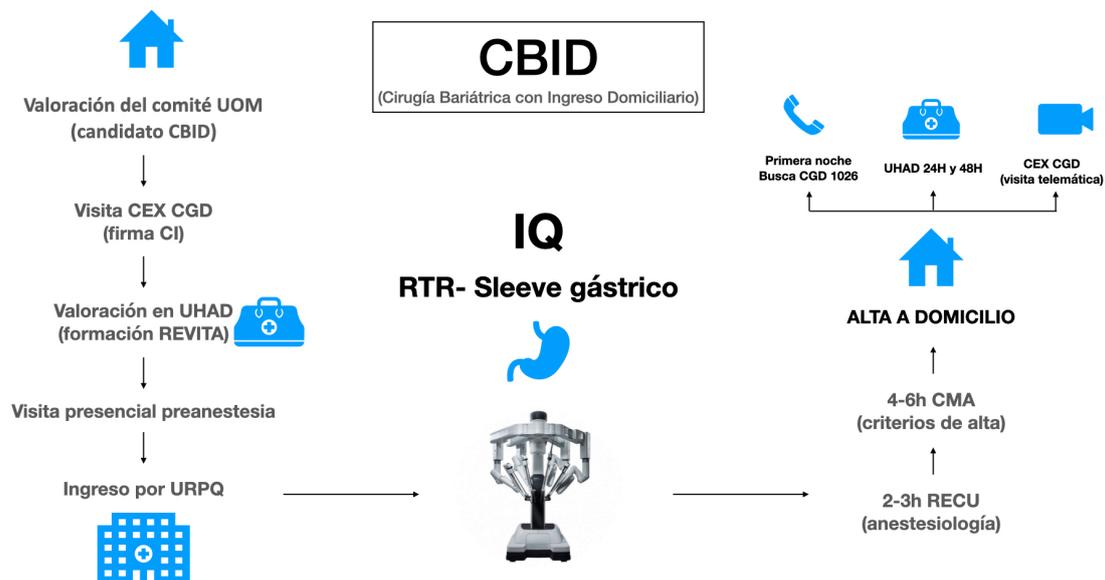
Grupo de riesgo: Que cumplan 4 de los siguientes; varón, hipertensión, tromboembolismo pulmonar previo, IMC mayor a 50kg/m² o edad más de 45 años.

Los candidatos son valorados por la Unidad de Hospitalización A Domicilio y realizan una formación para utilizar una plataforma de telemonitorización de constantes vitales en domicilio.

Tras la gastrectomía vertical robótica y un periodo de vigilancia de 6-8h postoperatorias el paciente es dado de alta si cumple los criterios de seguridad establecidos. La misma tarde y Posteriormente de manera periódica el paciente realiza la medición de sus constantes vitales con la plataforma de telemonitorización REVITA que transmite los datos al equipo médico. A las 24 y 48 horas es valorado en domicilio por un miembro de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria para control clínico y ajuste de tratamiento. Además, un cirujano del equipo realiza una visita telemática a las 24h por videollamada para confirmar la ausencia de complicaciones quirúrgicas.

Resultados: Desde el pasado abril de 2021 han sido incluidos en este programa un total de 4 pacientes. En 3 de los casos se pudo completar con éxito, sin complicaciones intra ni postoperatorias y con buena puntuación en las encuestas de satisfacción. Sólo un paciente no pudo completar el circuito por completo al no cumplir los estrictos criterios de alta.

Conclusiones: La cirugía bariátrica robótica sin ingreso hospitalario es factible y segura en pacientes seleccionados. Sus potenciales beneficios el mayor confort del paciente manteniendo la seguridad y además la optimización de los recursos sanitarios, reduciendo la ocupación de camas de planta convencional y disminuyendo los costes. Este protocolo también puede ser de gran utilidad para seguir con el programa asistencial de cirugía bariátrica en época de pandemia.



P-023

Migración extraluminal de endoprótesis en el manejo de fistulas de anastomosis gastroyeyunal del BPGYR. Comunicaciones Médicas. Póster.

Veguillas Redondo, Pilar¹; Diez Izquierdo, Julia¹; Carlin, Jorge¹; Morante, Juana²; De La Plaza, Roberto¹.
1 Hospital universitario Guadalajara; 2 Hospital universitario Toledo.

26/05/2022 11:00 Pantalla 1

Objetivos: El tratamiento de elección en fugas de anastomosis del Bypass gástrico en Y de roux (BPGYR) en pacientes estables es colocación de endoprótesis totalmente recubiertas (EMTR); no obstante, la colocación de las mismas puede asociar complicaciones que van desde molestias pasajeras hasta complicaciones graves. Presentamos un caso clínico de perforación intestinal por EMTC

Material y métodos: Paciente de 55 años con IMC de 42kg/m² con BPGYR. El 3er día PO se realiza TAC abdomino-pélvico informando de dehiscencia de anastomosis gastroyeyunal. Estando la paciente estable se coloca endoscópicamente EMTR Boston WallFlex de 23x125mm, comprobando su correcta colocación: borde proximal en la unión gastroesofágica. 12h después, la paciente presenta dolor abdominal, enfisema subcutáneo y deterioro analítico. Se realiza TAC informándose de migración de prótesis con mitad distal de la misma en situación extraluminal, con salida a nivel de la anastomosis gastroyeyunal, neumoperitoneo, enfisema subcutáneo y líquido libre. Se realiza LMSUI, retirándose la prótesis y realizando nueva anastomosis gastroyeyunal. La paciente evolucionó favorablemente siendo dada de alta a los 15 días de la cirugía. A los 2 años la paciente permanece asintomática con EPP del 82%.

Resultados: Las fugas anastomóticas de BPGYR representan una complicación grave hasta en el 5.5% de las cirugías, con una mortalidad del 5-15% (1) El tratamiento de elección en pacientes estables es endoscópico, con EMTC, eficaz en el 75-100% de casos; los resultados son más favorables en fugas de pequeño tamaño, con diagnóstico precoz y colocación inmediata de EMTR. Estas prótesis suelen ser bien toleradas, con efectos secundarios leves como náuseas, disfagia y dolor retroesternal o epigástrico, generalmente transitorios y que responden al tratamiento sintomático. La migración de la prótesis es la principal complicación y ocurre hasta en el 40% (3); las complicaciones potencialmente mortales como hemorragia por erosión de vasos adyacentes o perforación intestinal ocurren en un 5% de casos, con una mortalidad del 0,5%. La perforación intestinal por migración de la prótesis es una complicación rara que puede ocurrir de forma temprana, por inserción o expansión forzada, y tardía, por migración, con impactación y Pósterior necrosis por presión (2). La frecuencia oscila del 3-6% (3), siendo factores de riesgo: tiempo de permanencia de la endoprótesis, hernias congénitas o incisionales, adherencias de cirugías previas y antecedente de cirugía abierta. El tratamiento debe ser quirúrgico urgente con retirada de la prótesis y reparación del resto de lesiones.

Conclusión: Los estudios actuales demuestran que en pacientes seleccionados el tratamiento endoscópico de las fistulas en BPGYR con EMTR es seguro y efectivo. No obstante, hay que tener presente que no están exentas de complicaciones; la migración y perforación está presente en un 5% de casos, precisando intervención urgente para su retirada y reparación. La alta sospecha y detección precoz son fundamentales para unos resultados óptimos.

Bibliografía:

- 1- *Efficacy and Safety of Stents in Treatment of Fistula After Bariatric Surgery.* Okazaki O. *Obes Surg.* 2018.
- 2- *Endoscopic Stents in Management of Bariatric Complications.* Vedantam S. *Obes Surg.* 2020.
- 3- *Bariatric postoperative fistula a life-saving endoscopic procedure.* Giorgio B. *Surg Endosc* 2015.

O-008

Obstrucción intestinal tras by-pass gástrico por una brida formada sobre un clip quirúrgico.

Allaoua Moussaoui, Yousef; Alvarado Hurtado, Ricardo; Matías García, Belén; Serrano Yébenes, Eduardo; Soto Schütte, Sonia; Quiroga Valcárcel, Ana; Díaz Pedrero, Raúl; Córdova García, Diego; San Román Romanillos, María Rosario; Ratia Giménez, Tomás.Hospital Príncipe de Asturias.

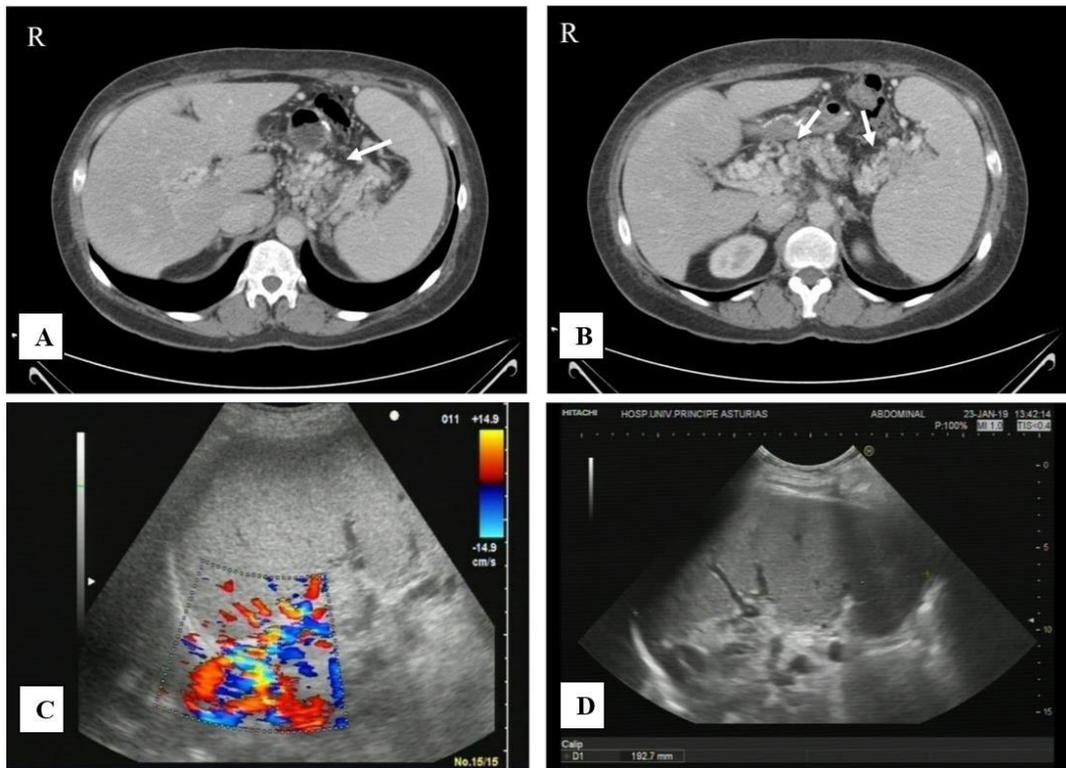
25/05/2022 12:30 Sala A

Introducción: La cavernomatosis portal es una rara complicación de la cirugía bariátrica, con muy pocos casos descritos en la literatura. Es resultado de la adaptación del sistema venoso a la trombosis portal crónica, que a su vez puede ocurrir en relación a síndromes mieloproliferativos, trombofilias, uso de anticonceptivos, trastornos autoinmunes (lupus), carcinoma hepatocelular, estenosis o laceración de la vena cava inferior, equinococosis, filariasis, pancreatitis, hematomas o quistes compresivos a nivel hepático y cirugía. En cuanto a ésta, se ha asociado la trombosis portal crónica y, por ende, la cavernomatosis, a procedimientos que implican la ligadura, manipulación o daño directo sobre el eje porto-mesentérico, especialmente la esplenectomía y el trasplante hepático. En lo que respecta la cirugía bariátrica, se han descrito casos de cavernomatosis tanto en el Bypass gástrico como en la gastrectomía tubular.

Objetivos: Describir un caso clínico de cavernomatosis portal secundario a cirugía bariátrica y discutir los posibles mecanismos etiopatogénicos.

Caso clínico: Mujer de 44 años con un IMC de 57 kg/m² es sometida a una gastrectomía tubular laparoscópica sin incidencias y con un postoperatorio favorable. A los 6 meses de la intervención la paciente desarrolla epigastralgia inespecífica sin otros hallazgos clínicos o analíticos. Se realiza una TAC abdomino-pélvica que muestra la transformación cavernomatosa tanto de la vena porta como la esplénica (A, B); y una ecografía-Doppler que confirma dicha transformación con el flujo turbulento del cavernoma adyacente al bazo (C), que además se encuentra aumentado de tamaño (D). Ante los hallazgos, se realizó un cribado de posibles causas de hepatopatía y/o coagulopatía: serología de virus hepatotropos, niveles séricos de antitrombina III, proteínas C y S, factor VIII y anticuerpos del síndrome antifosfolípido. Todas las pruebas anteriores resultaron negativas, por lo que se atribuyó la propia cirugía como causa de la cavernomatosis.

Conclusiones: La prevalencia de la trombosis porto-mesentérica en cirugía bariátrica es del 0'2 al 1%, especialmente en la gastrectomía vertical laparoscópica. Su importancia radica en sus altas tasas de morbi-mortalidad, especialmente en fases agudas (de hasta 20-50%), pudiendo frenar su progresión a formas graves o crónicas el diagnóstico y tratamiento anticoagulante precoz. Entre los mecanismos causantes sugeridos se encuentran: la propia obesidad y el síndrome metabólico, protrombótico per sé; el incremento de la presión intraabdominal secundaria al neumoperitoneo y la posición anti-Trendelenburg, que reducen el flujo esplácnico; el uso de retractor hepático (estasis sanguíneo intrahepático, laceración, hematoma); el daño mecánico y térmico de los vasos cortos y la vena gastroepiploica izquierda, con formación de trombos que migran hacia las venas esplénica, porta y mesentéricas; la propia resección de gran parte del estómago que reduce el flujo sanguíneo portal; la deshidratación por reducción de la ingesta, especialmente en técnicas restrictivas; y la manipulación o daño pancreáticos que pueden provocar inflamación y trombosis local o incluso una verdadera pancreatitis. De todos los mecanismos mencionados, parece que la lesión de vasos cortos y vena gastroepiploica suponen el factor etiopatogénico más importante para la trombosis porto-mesentérica, de ahí su mayor frecuencia en la gastrectomía tubular respecto a otras técnicas bariátricas.



O-032

Microbiota intestinal y metabolitos relacionados en la patogenia de la esteatohepatitis no alcohólica y su resolución tras cirugía bariátrica.

Comunicaciones Médicas. Oral.

Balaguer Román, Andrés¹; Frutos Bernal, M.^a Dolores¹; Martínez Sanchez, María Antonia²; Delegido, Ana³; Gómez, Beatriz¹; Cayuela, Valentín¹; Aliaga, Alfonso¹; Cerezuela, Álvaro¹; Hernández, Quiteria¹; Ramos Molina, Bruno².

1 Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2 Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria; 3 Hospital Dr. Rafael Méndez.

25/05/2022 18:30 Sala A

Introducción: La enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) es actualmente la causa más común de enfermedad hepática crónica en todo el mundo. Representa un espectro de afecciones hepáticas que van desde la esteatosis simple hasta la esteatohepatitis no alcohólica, que pueden evolucionar a fibrosis, cirrosis y, finalmente, a carcinoma hepatocelular.

Curiosamente, la evidencia emergente ha sugerido que la microbiota intestinal y los metabolitos relacionados pueden desempeñar un papel crucial en la patogénesis y progresión de EHGNA. Por otro lado, la cirugía bariátrica (CB) se asocia con beneficios importantes en casos de EHNA, reportando algunos estudios una resolución del 85% de la EHNA.

Objetivos: Resumir el conocimiento actual sobre la relación entre la gravedad de la EHGNA y la microbiota intestinal, así como el papel del microbioma intestinal y los metabolitos relacionados en la mejora de la EHGNA después de la CB.

Material y métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica de artículos en bases de datos MEDLINE (PubMed) y el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, entre el año 2010 hasta la actualidad. La estrategia de búsqueda ha respondido a la utilización de términos MESH "microbiome and bariatric surgery", "microbiome and NASH", "NASH and bariatric surgery and microbiome".

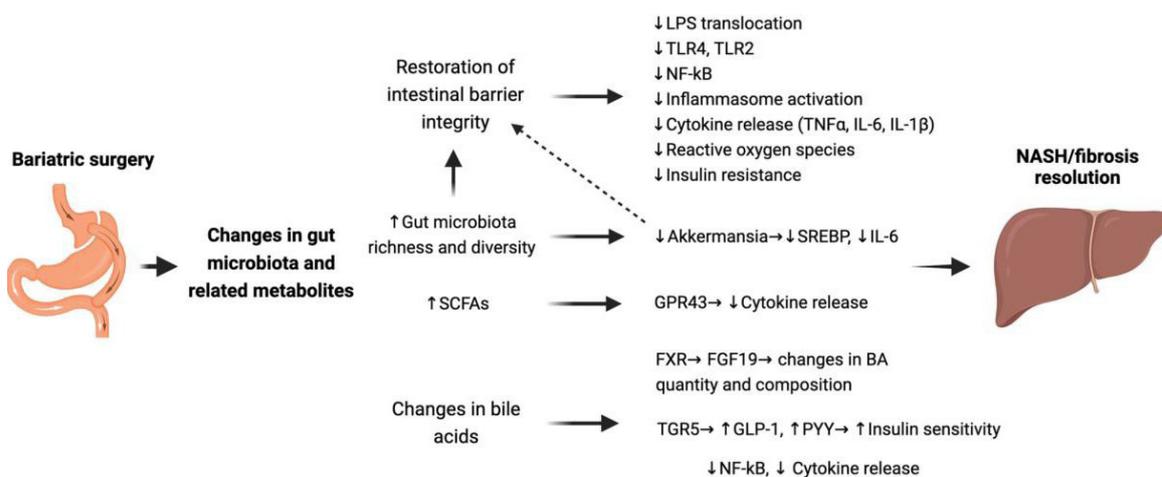
Resultados: Una serie de estudios han informado que los cambios en los patrones de la microbiota intestinal pueden desempeñar un papel potencial en la patogenia de la EHGNA, la disbiosis intestinal promueve el desarrollo y la progresión de la esteatosis hepática aumentando la permeabilidad intestinal, la endotoxemia y las citocinas proinflamatorias.

Varios estudios informaron que la CB induce cambios taxonómicos y funcionales en la microbiota intestinal poco después de la cirugía y que estos están asociados con las mejoras metabólicas experimentadas (Tabla 1). Algunos estudios han obtenido resultados preliminares sobre los posibles mecanismos implicados en la EHGNA y la resolución de la fibrosis tras la CB (Gráfico 1). Se ha informado que la CB conduce a un aumento en la riqueza de genes y la diversidad, lo que indica que el microbioma se vuelve más similar al microbioma en control delgado.

Conclusiones: La EHGNA, se ha convertido en la causa más frecuente de disfunción hepática en todo el mundo. El tratamiento más efectivo es la pérdida de peso, logrando la CB tasas de remisión elevadas, pudiendo estar las modificaciones en el microbioma intestinal relacionadas.

Tabla 1: Alteraciones en la microbiota intestinal humana tras la cirugía bariátrica y su papel potencial en la mejora de la EHGNA

Bypass gástrico en Y de Roux				Banda gástrica		
	Filo	Género	Rol (Referencia)	Filo	Género	Rol (ref)
Mayor abundancia	Proteobacteria	Escherichia	↑sensibilidad a la insulina ⁹⁷	Firmicutes	Faecalibacterium prausnitzii	↑butirato, ↑adiponectina, ↑oxidación lipídica ⁹⁹
		Klebsiella				
	Verrucomicrobia	Akkermansia	↓SREBP, ↓IL-6 ⁹⁸		Roseburia intestinalis	↑butirato ¹⁰⁰
				Bacteroides	Bacteroides thetaiotaomicron	↑folato ⁵⁴
Disminución de la abundancia	Firmicutes	viene el coprococo	Desconocido	Firmicutes	viene el coprococo	Desconocido
	Actinobacteria	Bifidobacteria	Desconocido			
		Collinsella	↑7 α-hidroxilasa, disbiosis proinflamatoria, ↑resistencia a la insulina ¹⁰¹			



P-080

¿La bolsa de trabajo de enfermería influye en los programas ERAS?

Comunicaciones Médicas. Póster

Martín Ramiro, Javier; Marqueta Salas, Maria; Serrano García, Rosa; Pérez González, Marta; Cervera Celdrán, Iria; Cagigal Ortega, Elima; García Domínguez, Antonio; Álvarez Cuiñas, Ana; Cancelas Felgueras, María Dolores; Herrera Merino, Norberto.

Hospital Universitario Severo Ochoa.

27/05/2022 10:30 Pantalla 2

Definir los actores principales implicados en la implantación de los programas ERAS y su contribución real al éxito de la empresa emprendida.

Estudio observacional prospectivo, con definición de los indicadores de cumplimiento de la vía clínica en el tiempo intra y postoperatorio (tolerancia, movilización precoz, profilaxis vómitos, drenajes, sondas, anestesia local en heridas, opioides); detectando discrepancias respecto a la vía.

Pacientes: son los mayores cumplidores de la vía clínica (movilización e inicio de la tolerancia, gracias a las sesiones grupales preoperatorias y la motivación.

Cirujanos: adecuado seguimiento de la vía clínica en cuanto a anestesia local, drenajes, sondas, indicaciones de movilización y tolerancia precoz.

Anestesiólogos: cumplimiento de los puntos tolerancia precoz, prevención de vómitos, movilización precoz y reducción de opiáceos. Dificultades evitar sondas vesicales por presiones desde enfermería. Enfermeras: incumplimiento de tolerancia precoz, movilización precoz presiones para realizar sondas vesicales intraoperatorios.

El gran recambio que existe del personal de enfermería de planta en relación con traslados, OPES, jubilaciones con personal proveniente de las bolsas de trabajo del hospital donde no se tiene en cuenta la experiencia previa, condiciona una permanente necesidad de formación en técnicas ERAS para mantener el adecuado cumplimiento de los programas ERAS.

V-051

Ventajas de la plataforma robotica en la cirugia bariátrica de revision.

Comunicaciones médicas. Vídeo.

Tarascó Palomares, Jordi; Moreno Santabarbara, Pau; Caballero Boza, Albert; Sentí Farrarons, Sara.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

26/05/2022 18:30 Sala D

Objetivo: Mostrar cómo se simplifican algunos gestos técnicos con la plataforma robótica durante una cirugía bariátrica revisional.

Material y métodos: Paciente de 56a. con antecedentes, entre otros, de carcinoma mucinoso de ovario intervenido en 2004 (laparotomía con anexectomía y omentectomía), perforación de sigma tras colonoscopia en 2010 (laparoscopia + sutura + lavados), y obesidad mórbida IMC 43 intervenida en 2015 (sleeve gástrico laparoscópico desestimándose BPG intraoperatoriamente por dificultades técnicas).

En el seguimiento presentó clínica importante de RGE confirmándose en el TEGD una hernia de hiato mediana y esofagitis grado B en FGS. Se planteó en sesión multidisciplinaria cirugía de revisión que la paciente aceptó previo consentimiento informado exhaustivo.

Fue intervenida mediante plataforma robótica Da Vinci® Xi.

Resultados: El procedimiento fue totalmente robótico realizando la liberación cuidadosa de numerosas adherencias, principalmente de colon, anatomización y reducción de hernia hiatal, hiatoplastia y conversión de Sleeve a BPG en Y de Roux. El tiempo operatorio fue de 3h y 10min. No hubo complicaciones intra ni postoperatorias y fue dada de alta a las 72h.

Conclusiones: La plataforma robótica permite gestos de gran precisión y grados de libertad impensables en cirugía laparoscópica, lo cual la hace superior en situaciones de alta dificultad como la cirugía bariátrica de revisión. En nuestra opinión, a medida que los costes económicos disminuyan, se acabará imponiendo como pasó en su momento con la cirugía laparoscópica frente a la abierta.

P-024

Síndrome de candy cane como complicación tardía de Bypass gástrico: a propósito de un caso. Comunicaciones Médicas. Póster.

Caiña Ruiz, Rubén; Valbuena Jabares, Víctor; Lagunas Caballero, Esther; Anderson, Edward Joseph; Alonso Aguiloche, Andrea; López Useros, Antonio; Gutiérrez Fernández, Gonzalo; García Somacarrera, Elena; García Cardo, Juan; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

26/05/2022 11:00 Pantalla 1

Introducción: El incremento del número de cirugías bariátricas ha conllevado a que la morbimortalidad y las complicaciones postoperatorias derivadas de estos procedimientos cobren especial importancia. Actualmente, el Bypass gástrico (BPG) es una de las técnicas más utilizadas, probablemente por su elevada efectividad para perder peso y resolver comorbilidades asociadas a la obesidad, así como por su baja tasa de complicaciones postoperatorias tardías lo que, por otro lado, conlleva a que el manejo de éstas no esté claramente sistematizado.

Exposición del caso: Mujer de 47 años con antecedente de BPG abierto hace 14 años que consulta por reganancia ponderal, dolor e hipoglucemias postprandiales. Se realiza tránsito esófago-gastro-duodenal y gastroscopia que no evidencian patología. Sin embargo, ante la sospecha de síndrome de Candy Cane se realiza cirugía de revisión donde se observa un asa ciega yeyunal de 10 cm de longitud y un asa biliar de unos 50-60 cm. Se reseca el Candy Cane y se alarga el asa biliar a expensas del asa común. La paciente es dada de alta al segundo día postoperatorio sin complicaciones. En el seguimiento se evidencia adecuada pérdida de peso, normalización de las cifras de glucemia y ausencia de dolor.

Discusión: El síndrome de Candy Cane es una complicación tardía infrecuente tras un BPG. Se debe a una excesiva longitud del asa aferente, en forma de bastón de caramelo, que puede comprimir el asa alimentaria u ocluir la anastomosis gastroyeyunal ocasionado un escaso drenaje de los alimentos, lo que a su vez puede originar halitosis o reflujo gastroesofágico. Debido a la poca especificidad de la sintomatología de este síndrome, una elevada sospecha clínica es imprescindible. Normalmente suele debutar con dolor abdominal postprandial asociado a náuseas, vómitos y reganancia ponderal. El tránsito esófago-gastro-duodenal y la endoscopia constituyen los métodos diagnósticos más fiables.

El tratamiento quirúrgico es mandatorio; por un lado, para confirmar los hallazgos y por otro lado para reseccionar el exceso de asa alimentaria. Además, en la mayoría de los casos asociados a reflujo gastroesofágico, éste se soluciona tras la cirugía de revisión. A la hora de prevenir el síndrome de Candy Cane, dado que la principal causa que lo origina es una excesiva longitud del asa ciega aferente, se debe intentar minimizar la longitud de ésta y descartar problemas distales que condicionen una dilatación retrógrada.

Por lo tanto, a pesar de que tras un BPG las principales complicaciones son las que ocurren precozmente, como las fugas anastomóticas o las obstrucciones intestinales, no hay que olvidarse de aquellas que ocurren de una forma tardía, como el síndrome de Candy Cane, cuyo manejo es eminentemente quirúrgico.



O-009

¿Existen diferencias en el recuento leucocitario entre los pacientes con obesidad mórbida sana y obesidad mórbida metabólica?

Comunicaciones Médicas. ORAL.

Recarte Rico, María; Palma Milla, Samara; Funes Dueñas, Tania; De Cos Blanco, Ana Isabel; Mata Juberías, Alberto; Fondevila, Constantino; Corripio Sánchez, Ramón.

Hospital Universitario La Paz.

25/05/2022 12:30 Sala A

Objetivos: El estado inflamatorio que acompaña a la adiposidad y el síndrome metabólico (SM) se denomina inflamación crónica de bajo grado. El SM se define como una condición de alto riesgo de enfermedad cardiovascular y se han encontrado asociaciones entre el recuento leucocitario (RL) y la resistencia insulínica, mecanismo central del SM. El RL ha sido propuesto como un biomarcador emergente para predecir futuros eventos cardiovasculares, síndrome metabólico y mortalidad.

El objetivo de este trabajo es analizar si existen diferencias en el RL de pacientes con obesidad mórbida sana (OMS) y pacientes con obesidad mórbida metabólica (OMM) sometidos a cirugía bariátrica primaria laparoscópica (CBPL).

Material y métodos: Se definió la OMS como aquellos pacientes con IMC > 40 Kg/m² sin comorbilidades ni SM y OMM como aquellos pacientes con IMC > 35 Kg/m² y D^{M2}, HTA, dislipemia y SAOS. De enero de 2004 hasta diciembre de 2015 se recogieron los datos clínicos, analíticos (leucocitos, neutrófilos, linfocitos) y ponderales en el período preoperatorio (T0) y 1^{er} (T1), 2^o (T2) y 5^o (T5) años postoperatorios de pacientes con OMS u OMM

Resultados: 21 pacientes con OMS y 38 pacientes con OMM se intervinieron de CBPL. Los datos preoperatorios y evolución ponderal se muestran en la tabla 1 y gráfico 1. El 100% de los pacientes con OMM tenían D^{M2}, HTA, dislipemia y SAOS. La prevalencia de esteatosis hepática en el grupo OMM fue significativamente mayor. La tabla 2 muestra la evolución del RL en ambos grupos.

La cifra de leucocitos y neutrófilos fue ligeramente mayor en el grupo de pacientes con OMS sin diferencias significativas. En ambos grupos hubo un descenso significativo respecto a los valores preoperatorios de leucocitos y neutrófilos y fue máximo al segundo año postoperatorio coincidiendo con la mayor pérdida ponderal. Ningún paciente del grupo OMS desarrolló comorbilidades y en el grupo OMM el porcentaje de resolución/mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad se encontró dentro de los criterios de calidad en CB.

Conclusiones: La obesidad mórbida sana asocia un estado inflamatorio crónico de bajo grado comparable a la obesidad mórbida metabólica. La Cirugía Bariátrica mejora el estado proinflamatorio, resuelve y previene la aparición de las comorbilidades asociadas a la obesidad.

	OMS (n=21)	OMM (n=38)	p
Sexo ♀:♂	17:4	25:13	0,218
Edad (años)	31,11(21,8-57,7)	49,83(34,5-68,2)	<0,001
Peso inicial (Kg)	132(100-200)	124(97,8-191)	0,657
IMC inicial (Kg/m ²)	47,56(40,1-61,7)	47,54(37,8-60,3)	0,457
Perímetro de la cintura (cm)	122(104-155)	130(104-198)	0,101
Tipo de Cirugía Bariátrica			
By-pass gástrico	16(76,2%)	26(68,4%)	0,528
laparoscópico Gastrectomía vertical laparoscópica	5(23,8%)	12(31,6%)	

Tabla 1: Datos preoperatorios. Mediana (mín-máx).

		OMS (n=21)	OMM (n=38)	p(OMS vs OMM)	Valores de referencia
Leucocitos (x10 ³ /μL)	T0	9,47(6,6-13,8)	8,99(6,5-12,3)	0,330	3,9 - 10,20
	T1	7,9(4,8-11,6)	7,3(2,5-11,2)	0,166	
	T2	7,1(4,1-10,6)	6,6(3,5-12,2)	0,463	
	T5	7,13(5,3-10,6)	7,05(4,5-12,2)	0,472	
Neutrófilos)	T0	5,56(4-8,4)	5,05(3,5-8,4)	0,401	1,5 - 7,7
	T2	4,03(2,5-6,9)	3,68(1,9-8,1)	0,436	
	T5	4,2(2,4-7,2)	3,97(2-8,1)	0,783	
Linfocitos) (x10 ³ /μL)	T0	2,6(1,7-4,5)	2,67(1,5-4)	0,956	1,1 - 4,5
	T1	2,6(1,5-4,2)	2,64(0,6-5)	0,821	
	T2	2,42(1,2-4,5)	2,42(0,9-3,3)	0,772	
	T5	2,26(1,8-4)	2,34(1,5-3,3)	1	

Tabla 2: Evolución del RL. Mediana (mín-máx).

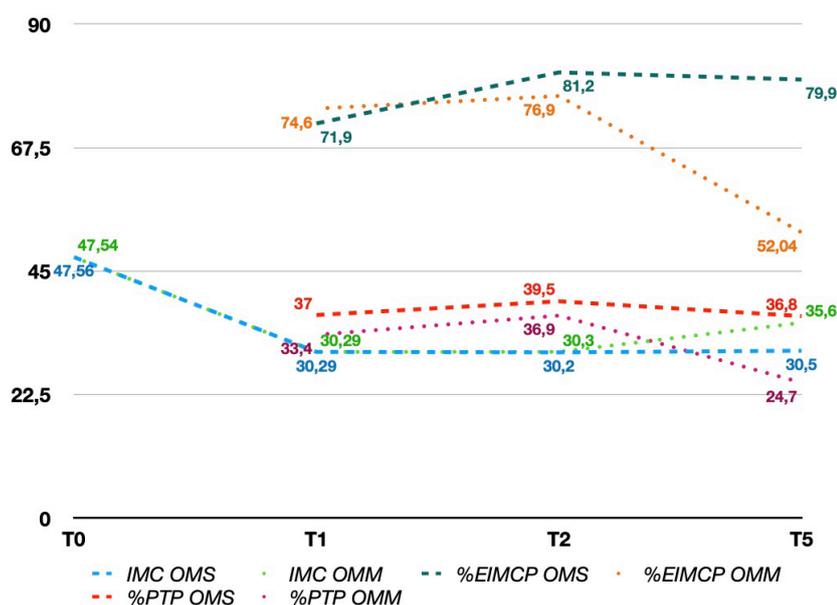


Gráfico 1: Evolución ponderal.

P-034

Seguimiento en cirugía bariátrica, ¿podemos mejorarlo? Comunicaciones Médicas. Póster.

Marqueta De Salas, Maria; Martín Ramiro, Javier; Perez Pelayo, Miriam; Púa Blanco, Isabel; Rodriguez Gomez, Lorena; Herrera Merino, Norberto.

Hospital Universitario Severo Ochoa.

26/05/2022 11:00 Pantalla 2

Objetivos: Realizar una valoración del seguimiento a largo plazo llevado a cabo por los Servicios de Cirugía General y Endocrinología en los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital Severo Ochoa de Leganés.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo transversal sobre una muestra de 111 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica entre los años 2013 y 2016. La muestra se compone de 26 varones y 85 mujeres con una media de edad de 45 años y un IMC preoperatorio medio de 44. Las intervenciones quirúrgicas realizadas se distribuyen de la siguiente manera: 49 gastrectomías verticales, 59 by pass gástrico y 3 retirada de banda gástrica. Se hace una valoración del seguimiento realizado entre los servicios de cirugía general y endocrinología durante los 6 años posteriores a la cirugía.

Resultados: Durante el primer año tras la cirugía bariátrica el 90% de los pacientes acudieron a revisión a las consultas de endocrinología y cirugía general; en el segundo año sólo el 73% de los pacientes mantuvo el seguimiento en consulta para descender hasta un 58% en el tercer año, un 42% en el cuarto año y un 41% en el quinto año. Al sexto año tras la cirugía, sólo el 38% de los pacientes acudió regularmente a sus revisiones.

Conclusiones: El seguimiento a largo plazo en los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica es una asignatura pendiente en una buena parte de los centros donde se realiza cirugía bariátrica. Los buenos resultados que se consiguen a corto plazo tras la cirugía tanto a nivel ponderal como de calidad de vida hacen que estos pacientes se olviden de que se trata de un proceso a largo plazo y que sin su implicación en el mismo la reganancia de peso es un hecho. La creación de unidades multidisciplinares que cuentan con la colaboración de endocrinólogos, cirujanos y nutricionistas mejora estas cifras logrando un trato más cercano con el paciente y haciendolo consciente de la importancia del seguimiento a largo plazo para conseguir mejores **Resultados:**

V-052

Úlcera marginal perforada, ¿complicación silente? En cirugía bariátrica. Comunicaciones Médicas. VÍDEO.

García Picazo, Alberto; Gómez Rodríguez, Pilar; González Martín, Rosa; Fernández Noël, Silvia; Novillo Vega, Viviana; Carmona Gómez, Victoria; Pérez Zapata, Ana; Rodríguez Cuéllar, Elías; De La Cruz Vigo, Felipe; Ferrero Herrero, Eduardo.
Hospital Universitario 12 de Octubre.

26/05/2022 18:30 Sala D

Objetivos: La úlcera marginal (UM) secundaria a cirugía bariátrica, es poco frecuente (<1%). Su etiología es multifactorial, relacionada fundamentalmente con la hipersecreción ácida del reservorio gástrico debido a su excesivo tamaño, DM-II, infección por H pylori, la toma de AINEs, fístula gastrogástrica, tabaquismo, hipoperfusión gastroyeyunal o el empleo de esteroides e ISRS. Comúnmente se localiza en la anastomosis gastroyeyunal, aunque también en el asa yeyunal proximal a la anastomosis y, por último, en el reservorio gástrico. La clínica habitual suele ser dolor epigástrico (60%), hemorragia digestiva alta (25%) y náuseas o vómitos (15%). El diagnóstico se establece por TAC abdominal. El manejo terapéutico es médico-quirúrgico, basado en el empleo de Inhibidores de la bomba de protones (IBP) y la sutura primaria combinada con la epiploplastia.

Material y métodos: Paciente varón de 61 años, con antecedentes de HTA, DM-II, exfumador, gastritis y duodenitis erosiva, se realiza Bypass gástrico por obesidad mórbida (IMC: 42 Kg/m²), seis meses después presenta hemorragia digestiva alta en relación a úlcera gástrica perianastomótica que se trata de forma endoscópica. Seis meses más tarde acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal progresivo de 12 horas de evolución (EVA 3/10), sin náuseas, vómitos, ni fiebre, y sin alteraciones analíticas. Sin embargo, dado el antecedente de UM se solicitó un TAC Abdominal en donde se aprecia úlcera yeyunal perforada a nivel de la anastomosis gastroyeyunal, con abundante neumoperitoneo. Se decide intervención quirúrgica urgente mediante abordaje laparoscópico, objetivándose solución de continuidad de unos 1,5 cm en la vertiente intestinal de la anastomosis gastroyeyunal, realizándose sutura primaria, epiploplastia con gastrostomía en el remanente gástrico para alimentación Pósterior y exclusión de la zona perforada. El postoperatorio transcurrió favorablemente, siendo dado de alta al segundo día.

Resultados: La perforación por UM se presenta de forma precoz (primer año) tras la cirugía bariátrica, disminuyendo su incidencia paulatinamente. Etiológicamente se postula que la hiperacidez gástrica, favorecida por los reservorios gástricos de gran tamaño (incremento de células parietales) y las fístulas gastro-gástricas podrían ser un factor patogénico esencial. Además, están implicados el tabaco, AINEs, esteroides y DM-II, todos estos agentes impiden la normal cicatrización de la mucosa gástrica al inducir isquemia en la microcirculación. La sintomatología se presenta en más del 50% de los casos, sin embargo, puede tener poca expresión clínica, dificultando ello el diagnóstico. El tratamiento definitivo es la administración de IBP junto con la reparación de la solución de continuidad. La misma implica gran complejidad, ya que aparte de la variación anatómica presente, en algunas ocasiones existen complicaciones asociadas a la cirugía como la fístula gastro-gástrica, fístula anastomótica y obstrucción del asa aferente/eferente, dificultando enormemente la intervención quirúrgica.

Conclusión: La perforación de las UM secundarias a cirugía bariátrica es una complicación grave, aunque a veces silente, que se presenta de forma precoz en el postoperatorio reciente. Por ello la alta sospecha clínica y el seguimiento endoscópico son esenciales para su correcto tratamiento.

O-010

Disfunción de la cadena respiratoria mitocondrial, en la enfermedad hepática grasa no alcohólica, por obesidad mórbida, ¿es solo la punta del iceberg en cirugía bariátrica? Comunicaciones Médicas. ORAL.

García Picazo, Alberto; Pérez Carreras, Mercedes; Gómez Rodríguez, Pilar; Martín Casanova, Miguel Ángel; Ibarrola De Andrés, Carolina; Del Hoyo Gordillo, Pilar; Salamanca Santamaría, Javier; Martín-Arriscado, Cristina; Rodríguez Cuéllar, Elías; Ferrero Herrero, Eduardo.

Hospital Universitario 12 de Octubre.

25/05/2022 12:30 Sala A

Objetivos: La enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) afecta al 90% de sujetos con obesidad mórbida (OM), asociándose a esteatohepatitis (25-55%) y fibrosis (2-12%). Se ha relacionado recientemente el daño histológico con la disfunción en la cadena respiratoria mitocondrial hepática (CRM). La patogenia de la disfunción mitocondrial (DFM) aunque es multifactorial, podría relacionarse con la OM, DL y DM-II. Nuestro objetivo es determinar la presencia en la alteración funcional de los complejos de la CRM en pacientes con OM y EHGNA, estableciendo su posible relación con la severidad de las lesiones histológicas hepáticas.

Material y métodos: Estudio prospectivo de casos (pacientes con EHGNA y OM tratados mediante cirugía bariátrica) y controles (sujetos sin EHGNA, que se intervienen quirúrgicamente de forma electiva) durante 2019-2021, realizándose biopsia hepática en ambos grupos. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, metabólicas, analíticas e histológicas (clasificación SAF) y actividad enzimática de la CRM hepática. Los pacientes fueron categorizados en relación con el grupo control, en función de la gravedad de las lesiones histológicas hepáticas y el grado de DFM. Las variables se analizaron mediante el programa informático Stata versión 16, estableciendo los resultados estadísticamente significativos si la $p < 0,05$.

Resultados: Se recogieron 53 pacientes del grupo casos, 66% mujeres, la mediana de edad fue 48 ± 11 años, el IMC promedio fue de 45 ± 6 , las lesiones histológicas encontradas fueron, 19 % sin esteatosis, esteatosis (ES) 13%, esteatohepatitis (EH) 45 % y fibrosis 23%. En el grupo control, se seleccionaron 10 pacientes, existiendo la misma proporción (50%) por sexo, la edad media fue 54 ± 13 años y IMC promedio de 24 ± 2 . En relación a la actividad de la CRM, se encontraba disminuida en todos los complejos del grupo casos, incluidos aquellos sin lesión hepática, respecto a los controles: Complejo I (39.8 vs 53.9 ($p < 0.01$)), II (190.3 vs 275.2 ($p < 0.001$)), III (87.6 vs 119 ($p < 0.04$)), IV (92,6 vs 115 ($p < 0.02$)), V (82.8 vs 155,8 ($p < 0.001$)), encontrando diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a la alteración de la actividad de la CRM según la gravedad histológica, se apreció en el grupo casos, una disminución drástica en los complejos I, II y V, en pacientes con ES y fibrosis ($p < 0.05$) y un aumento paradójico de la actividad de los complejos III y IV en aquellos con EH ($p < 0.01$), todos ellos en relación a los controles. Además, se evidenció una correlación entre parámetros de resistencia a la insulina (HOMA) con la actividad de los complejos I y II ($p < 0.05$).

Conclusiones: La actividad enzimática de los complejos de la CRM hepática está disminuida en pacientes con OM y EHGNA, afectándose especialmente el complejo V (síntesis de ATP). La DFM se presenta incluso en sujetos sin lesión hepática, variando según la gravedad histológica. Además, la disminución de la actividad enzimática ocurre en fases iniciales y avanzadas de EHGNA, mientras que aumenta en fases intermedias en la esteatohepatitis. Todos estos cambios podrían deberse a mecanismos adaptativos mitocondriales de la EHGNA.

O-048

Enfermedad por hígado graso no alcohólico (ehgna): biomarcadores no invasivos.

Pérez Rubio, Álvaro¹; Navarro Martínez, Sergio¹; Peris Tomás, Nuria¹; Moreno Torres, Marta²; Jover Atienza, Ramiro²; Díez Ares, José Ángel¹; Periañez Gómez, María Dolores¹; Sebastián Tomás, Juan Carlos¹; Painel Seguel, Andrés¹; Trullenque Juan, Ramón¹.

¹ Hospital Universitario Doctor Peset; ²Instituto Investigación Sanitaria La Fe.

26/05/2022 09:00 Sala A

La enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) predispone al desarrollo de patologías más graves (esteatohepatitis, fibrosis o cirrosis) que disminuyen la expectativa de vida. Existe un interés creciente en conocer los mecanismos que conducen a su desarrollo, y realizar un diagnóstico temprano de la esteatosis hepática. Actualmente, la biopsia hepática constituye el único método confiable para establecer la gravedad de la EHGNA, siendo una técnica invasiva. Las alteraciones de los microARN y los metabolitos séricos se postulan como biomarcadores de la enfermedad, pudiendo mejorar la predicción de su evolución clínica. Los pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica representan un modelo clínico idóneo para el estudio de la EHGNA, pudiendo obtener tejido hepático durante la intervención y un seguimiento evolutivo.

Objetivo: el objetivo del estudio es identificar marcadores en suero que diagnostiquen la EHGNA y definan su gravedad utilizando como modelo clínico a pacientes con obesidad mórbida, y evaluar su evolución con la progresiva pérdida ponderal, así como describir los cambios antropométricos al año postoperatorio.

Material y métodos: estudio prospectivo y observacional en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Análisis metabolómico y miRNómico en muestras de sangre y tejido hepático en el período preoperatorio, y de sangre en postoperatorio. Procesamiento y análisis de los datos mediante técnicas estadísticas multivariante para desarrollar modelos predictivos capaces de discriminar entre pacientes con y sin EHGNA, su gravedad y pronóstico. Recogida de variables clínicas y quirúrgicas preoperatorias, al 3^o, 6^o y 12^o mes postoperatorio, realizando un análisis descriptivo.

Resultados: incluimos 27 pacientes, 19 (70,4%) mujeres y 8 (29,6%) hombres, con edad media (\pm DE) de 46 (\pm 11) años. 8 (30%) han completado el seguimiento. En la tabla 1 se describen las principales variables antropométricas y su evolución. Análisis metabonómico de 15 muestras de plasma prequirúrgico, observando diferencias estadísticamente significativas entre los individuos con hígado esteatósico frente a los no esteatósicos con relación al ácido glutámico, ácido aminoadipídico, cistina, lisina, valina, leucina e isoleucina ($p < 0.05$, t-test).

Conclusiones: los biomarcadores en suero pueden constituir una herramienta no invasiva útil para el diagnóstico de enfermedad por hígado graso no alcohólico, que permita obviar el uso de técnicas invasivas. Nuestros pacientes alcanzan el objetivo de porcentaje de sobrepeso perdido y porcentaje de exceso de masa corporal perdido al año (>50%) recomendados por la Asociación Española de Cirujanos y la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad.

	Máx. Total (N= 27)	PQ. Total (N= 27)	1ºMs-PO (N=17)	3ºMs-PO (N=15)	6ºMs-PO (N=15)	1AñoPO (N=8)
Peso (Kg), M ±DE	126 ±24	104 ±16	95 ±16	86 ±14	79 ±7	85 ±14
IMC (Kg/m²), mediana (RIQ)	45 (41-51)	37(35-42)	34(31-19)	31(29-35)	29(26-34)	29(26-34)
PSP (%), M±DE			19 ±7	39 ±12	54±15	56 ±14
PEIMCP (%), M ±DE			26 ±12	53 ±21	72 ±26	69 ±20

DE: Desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; M: Media; Max: Máximo; Ms: Mes; PEIMCP: % de exceso de masa corporal perdido; PO: Postoperatoria; PQ: Prequirúrgica; PSP: % sobrepeso perdido; RIQ: rango intercuartílico

Tabla 1. Variables antropométricas prequirúrgicas y al mes, 3º, 6º y 12 mes postoperatorio

P-035

Cirugía laparoscópica de reversión a anatomía normal tras Bypass gástrico robótico. A propósito de un caso. Comunicaciones Médicas. Póster.

Caiña Ruiz, Rubén; Valbuena Jabares, Víctor; Lagunas Caballero, Esther; Anderson, Edward Joseph; García Rueda, Carmen; López Useros, Antonio; Gutiérrez Fernández, Gonzalo; García Somacarrera, Elena; García Cardo, Juan; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

26/05/2022 11:00 Pantalla 2

Introducción: El incremento del número de cirugías bariátricas ha conllevado a que la morbimortalidad y las complicaciones postoperatorias derivadas de estos procedimientos cobren especial importancia. Actualmente, el Bypass gástrico (BPG) es una de las técnicas más utilizadas, probablemente por su elevada efectividad para perder peso y resolver comorbilidades asociadas a la obesidad, así como por su baja tasa de complicaciones postoperatorias tardías lo que, por otro lado, conlleva a que el manejo de éstas no esté claramente sistematizado. En 2017, el 14,14% de los procedimientos bariátricos en Estados Unidos fueron cirugías de revisión.

Exposición del caso: Mujer de 60 años, fumadora, con hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, hepatopatía crónica por VHC y metabólica, hernia de hiato y obesidad tratada hace 2 años mediante un BPG robótico (asa biliar y alimentaria de 100 y 150 cm respectivamente) con una pérdida de peso de 20 kg. A los 6 meses la paciente ingresa por diarrea crónica y desnutrición proteico-calórica secundaria a enteropatía pierde-proteínas tras cirugía bariátrica. Previa optimización nutricional se realiza cirugía de revisión laparoscópica donde se secciona el asa alimentaria a nivel del pie de asa y se alarga a expensas del asa biliar (asa biliar, alimentaria y común de 120, 100 y 160 cm respectivamente). Tras una mejoría parcial, a los 6 meses comienza nuevamente con diarrea y desnutrición por lo que se programa para cirugía de reversión a anatomía normal laparoscópica para ello, primero se reseca la anastomosis gastroyeyunal y se conforma una nueva anastomosis gastro-gástrica latero-lateral mecánica y Posteriormente se seccionan las anastomosis biliar y del pie de asa y se convierte a anatomía normal mediante una nueva anastomosis entero-entérica latero-lateral mecánica confirmado la continuidad del intestino y tras descartar rotaciones y malposiciones mesentéricas. El postoperatorio es lento debido a un difícil manejo metabólico y a una colección intraabdominal que se resuelve con antibioterapia y drenaje percutáneo ecoguiado. Tras 20 meses de seguimiento la paciente ha ganado 4 kg de peso, no precisa suplementos orales, ha regulado su hábito deposicional y se ha resuelto el cuadro de desnutrición.

Discusión: Las tasas de desnutrición tras un BPG no están claramente establecidas y en la mayoría de los casos se asocian a Bypasses metabólicos o distales u obstrucciones a la altura del reservorio o de la anastomosis. El riesgo se correlaciona con la longitud del asa biliopancreática o con un tramo común o a alimentario más corto. Es difícil de detectar ya que muchas veces no ocasiona síntomas, es insidiosa y suele aparecer años después de la cirugía. La cirugía de reversión a veces es necesaria (0,7% de los enfermos con desnutrición) y previamente a esta es recomendable un periodo de optimización nutricional. La desnutrición tras cirugía bariátrica requiere de un seguimiento exhaustivo de los pacientes, así como una alta sospecha clínica para lograr un diagnóstico precoz y evitar sus potenciales complicaciones. Para ello, son necesarios equipos multidisciplinares que incluyan cirujanos bariátricos experimentados en cirugía de revisión ya que muchos de los procedimientos quirúrgicos son complejos anatómicamente y técnicamente.

O-049

Analisis del manejo de la colelitiasis en pacientes sometidos a cirugia bariatrica. Comunicaciones Médicas. ORAL.

Petrola Chacón, Carlos; Vilallonga, Ramon; González, Oscar; García, Amador; Beisani, Marc; Caubet, Enric; Fort, José Manuel; Armengol, Manel.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón.

26/05/2022 09:00 Sala A

Introducción: La colelitiasis es un problema en los pacientes de cirugía bariátrica. La incidencia de colelitiasis aumenta en pacientes con obesidad mórbida. Después de la cirugía bariátrica, el manejo a veces puede ser desafiante. No hay consenso sobre cómo tratar la colelitiasis antes de la cirugía bariátrica.

Objetivo: Realizar un análisis descriptivo del manejo de la colelitiasis y sus complicaciones asociadas en una cohorte de pacientes de cirugía bariátrica en un centro universitario de cirugía bariátrica de tercer nivel de referencia, en el período 2009 -2020. **MÉTODOS:** se realizó una revisión retrospectiva de nuestra base de datos de cirugía bariátrica recolectada prospectivamente. Se incluyeron los procedimientos bariátricos primarios de 2009 a 2020. Se analizó la prevalencia de colelitiasis y su manejo previo a la cirugía bariátrica, y la incidencia y manejo de eventos biliares postoperatorios.

Resultados: De los 1445 pacientes analizados, en el preoperatorio se encontró colelitiasis en 153 pacientes (10,58%) y de ellos, 68 (44,44%) eran sintomáticos. A 76 pacientes se les realizó colecistectomía concomitante. En esos casos, el procedimiento bariátrico no mostró mayor tiempo operatorio, estancia hospitalaria, morbilidad ni mortalidad en comparación con el resto de procedimientos bariátricos primarios. 12 pacientes (15,58%) con colelitiasis previa y sin colecistectomía concomitante presentaron algún tipo de evento biliar postoperatorio y requirieron colecistectomía. La tasa de colelitiasis de novo postoperatoria que requirió colecistectomía fue del 3,86%. Los eventos biliares postoperatorios tanto en población de novo como de colelitiasis preexistente no mostraron diferencia entre el tipo de cirugía, pérdida de peso y otras características.

Conclusiones: La colelitiasis estuvo presente en el 10,58% de nuestra población de cirugía bariátrica primaria. La colecistectomía concomitante fue segura en nuestra serie. El manejo no quirúrgico de la colelitiasis asintomática no condujo a un mayor riesgo de eventos biliares posoperatorios. La tasa global de colecistectomía posoperatoria fue equivalente a la de la población general.

O-056

Impacto en la calidad de vida de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica frente a los de lista de espera quirúrgica. Comunicaciones Médicas. ORAL.

López-Negrete Cueto, Emilio; Moreno Gijón, María; Rodicio Miravalles, Jose Luis; Turienzo Santos, Estrella; Rodríguez Uría, Raquel; Sanz Navarro, Sandra; Sanz Álvarez, Lourdes.

Hospital Universitario Central de Asturias.

26/05/2022 12:30 Sala A

Objetivos: Comparar la evolución de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica (CB) frente a los de lista de espera quirúrgica (LEQ).

Material y métodos: Presentamos un estudio observacional, analítico y prospectivo desde enero de 2017 hasta diciembre de 2018 en el que se incluyeron todos los pacientes atendidos en la unidad de cirugía bariátrica de nuestro centro. Los pacientes se dividieron en dos grupos: grupo quirúrgico y grupo de lista de espera quirúrgica. La CVRS se midió a través de dos cuestionarios; uno genérico, el SF-12v2 y otro específico de obesidad, el IWQoL-Lite, que se aplicaron al inicio del estudio, al año y a los dos años de la cirugía. Valores en torno a 50 para el cuestionario genérico y próximos a 100 para el cuestionario específico se consideran normales.

Resultados: Estudiamos 271 pacientes, 140 del grupo quirúrgico y 131 del grupo de LEQ, con una edad media de 45,9 (9,9) años y un índice de masa corporal medio de 47,2 kg/m² (6,4). La CVRS al inicio del estudio fue similar en ambos grupos con unas puntuaciones medias en el cuestionario específico de 43,29 ± 21,61 para el grupo quirúrgico y de 41,45 ± 20,81 en el grupo LEQ. Las mujeres obtenían peores puntuaciones en las esferas de autoestima (p<0,001) y estrés público (p<0,05) del cuestionario IWQoL y peores datos en rol emocional (p<0,05) y salud mental (p<0,001) del SF-12v2 que los hombres. Los pacientes con depresión registraban menos puntuación en todas las esferas de ambos cuestionarios (p<0,001) y los pacientes que se encontraban en activo desde el punto de vista laboral tenían mejor calidad de vida que los que no tenían trabajo en el momento de iniciar el estudio (p<0,05). La CVRS al año de la cirugía mejoró en todos los aspectos de ambos cuestionarios (p<0,001) con una puntuación media de 86,31 ± 15,81. Mejoría que se mantiene a los dos años con puntuaciones de media de 86,80 ± 17,81. Sin embargo en el grupo de LEQ se observa un empeoramiento de la calidad de vida en todas las esferas al año y a los dos años de entrar en lista con unas puntuaciones medias de 36,80 ± 24,98 al año y de 38,22 ± 27,19 a los dos años. El análisis que comparó ambos grupos mostró una mejoría significativa de la CVRS para el grupo quirúrgico con respecto al grupo de LEQ al año y a los dos años de la cirugía (p<0,001).

Conclusiones: La CVRS de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica se normaliza al año de la cirugía manteniéndose estos buenos resultados a los dos y es significativamente mejor que la calidad de vida de los pacientes que permanecen en LEQ que, además, empeoran su CVRS con el paso de los meses. Estos resultados son un argumento en sí mismo a la hora de reclamar más recursos con el fin de disminuir nuestras listas a un tiempo razonable de espera.

P-073

Lesiones en mesentéreo (liposarcoma) en paciente con antecedentes cirugía bariátrica. Comunicaciones Médicas. Póster.

López De La Torre Molina, Beatriz; González Martin, Rosa; Narváez Chavez, Cristina Soraya; Gómez, Pilar; Rodriguez Cuellar, Elias.
Hospital Universitario 12 de octubre.

27/05/2022 10:30 Pantalla 1

Objetivos: Diagnóstico diferencial de lesiones de mesentéreo a partir de un caso.

Material y métodos: Paciente de 52 años. Antecedente de Bypass gástrico en 2012. Acudió al servicio de urgencias por politraumatismo tras accidente de tráfico en octubre 2019. Presentaba trauma abdominal, siendo diagnosticada por TAC de laceración hepática grado III de 5cm en lóbulo caudado y hematoma suprarrenal izquierdo. Se identificó como hallazgo lesión de 35x30mm con volumen de 17cc en mesenterio. Se decide control y observación. RMN control en noviembre: lesión de 36x31mm con volumen de 18.6cc, sin evidencia de metástasis. Nuevo TC en enero 2021 donde se observa: dimensiones axiales máximas de 46x36mm con volumen de 31cc. La lesión ha crecido de forma significativa por lo que se decide intervención quirúrgica al no poder descartar por PAF sospecha de liposarcoma. Cirugía programada el 10/2/2021, laparoscópica donde se evidencia tumoración 4x5 cm a nivel de meso de yeyuno, muy próximo a ángulo de Treitz. Se realiza enucleación de la lesión. Resultado de anatomía patológica: lesión vascular sin evidencia de malignidad.

Resultados y conclusiones El liposarcoma es un tipo de cáncer mesenquimal diferenciado del tejido adiposo. Los más frecuentes se encuentran asociadas a células adiposas, principalmente en músculos, miembros o retroperitoneo. La mayor parte de los liposarcomas, son bien diferenciados con escaso potencial metastásico. Suelen ser hallazgos incidentales en RMN o en estudio de lipomas o lesiones en que causan molestias en miembros o músculos por tamaño o invasión tejidos adyacentes. La cirugía con resección completa (R0-1) es el índice pronóstico más importante y de supervivencia. Los márgenes microscópicos positivos, en resecciones R1, tienen alta prevalencia de enfermedad a distancia, y menor supervivencia global en comparación con resecciones R0. En cuanto al tratamiento adyuvante, incluye la quimioterapia y radioterapia, y debe ser considerada en resecciones R1-2. En el caso que nos atañe, la paciente, operada de gastroyeyunostomía bariátrica, tiene un accidente traumático. Aparte de otros hallazgos aparece una pequeña imagen hipodensa, inespecífica a estudio. No disponíamos de estudios previos, por lo que se sigue mediante TC y se evidencian que la lesión iba creciendo. En el diagnóstico diferencial, no es esperable en una necrosis grasa encapsulada se comporte de esa manera. Surgió la duda de que fuera un liposarcoma, lo que motivó una RM. Se planteó también la posibilidad de linfocele. Se decidió intervención quirúrgica dado, que son lesiones que responden mal a un tratamiento percutáneo (recidivan, a pesar de inyectarles formaldehído / aspirarlas).

En Conclusión:, el estudio de estas lesiones y su diagnóstico diferencial es complejo, más asociado a cirugía de derivación donde se altera la anatomía intestinal y de la grasa en torno a estas estructuras. En el caso de duda, la cirugía para extirpación de la lesión y su estudio anatomopatológico sería la mejor opción. La asociación con antecedente traumático o cirugía bariátrica no es concluyente, se debería hacer estudios al respecto, aunque al producirse lesiones que interfieren con el diagnóstico diferencial (como necrosis grasa), podría dificultar el diagnóstico preoperatorio.

O-033

Cirugía revisional tras gastrectomía vertical a los 5 años de seguimiento. Nuestros resultados Comunicaciones Médicas. ORAL.

Mayo Ossorio, M^a De Los Angeles; Fierro Aguilar, Alberto; Bengoeche Trujillo, Ander; Pacheco Garcia, José Manuel.
Hospital Universitario Puerta del Mar.

25/05/2022 18:30 Sala A

Objetivo: La Gastrectomía vertical es la técnica de cirugía bariátrica más realizada. Ese incremento va acompañado de un aumento de la cirugía revisional, siendo en el caso de la Gastrectomía vertical las causas más frecuentes, la ERGE de Novo, la Reganancia ponderal y la fuga. Presentamos los resultados de cirugía revisión de la Gastrectomía vertical de la Unidad de cirugía bariátrica del Hospital Universitario Puerta del mar tras 5 años de seguimiento.

Material y método: Desde Marzo de 2012 a Enero de 2022 hemos intervenido 430 pacientes de obesidad mórbida, realizando 396 gastrectomías verticales. Hemos revisado los pacientes que cumplían 5 años de seguimiento. Criterios de inclusión cumplir seguimiento anual en consulta de cirugía bariátrica y aceptar la cirugía revisional mediante consentimiento informado. Cumplen 210 pacientes. Hemos analizado las causas de indicación de cirugía revisional, interviniendo a 21 pacientes (10%): 16 por ERGE sintomático. 1 acalasia de novo, y 2 por Reganancia ponderal y ERGE asintomático, 1 por fuga tardía, y un cáncer esofágico (carcinoma epidermoide). A todos ellos se les ha realizado EDA, Phmetria y manometría preoperatoria.

Resultados: Hemos intervenido a 14 mujeres y 7 hombres. En cuanto a la cirugía revisional, 17 conversiones a Bypass estándar (2 por abordaje laparotómico y 15 por abordaje laparoscópico), 1 Bypass gástrico y esofagomiotomía asociada, 2 BAGUAS a los pacientes que presentaban reganancia ponderal y reflujo asintomático, una esofagectomía con coloplastia. No hemos tenido complicaciones ni precoces ni tardías y la estancia media tras cirugía revisional ha sido de 3,5 días (min 2-max 9). IMC medio antes de la cirugía revisional fue de 32,25%. Clínica de reflujo en 16 pacientes confirmado por pruebas funcionales. Reganancia ponderal del 30% en 2 sin clínica de reflujo, pero se confirma su presencia por pruebas funcionales (Phmetria). La clínica más frecuente de reflujo, fué por orden de frecuencia: pirosis, regurgitación, sialorrea, dolor tras ingesta y un caso de tos irritativa e irritación orotraqueal. El paciente con carcinoma epidermoide presentaba clínica de vómitos y se intervino tras neoadyuvancia (T3N1M0). La paciente con fuga tardía presentó colecciones intraabdominales. A los 15 días de la cirugía revisional todos los pacientes presentan adecuada tolerancia oral, no presentan clínica de reflujo ni otra sintomatología. A los 6 meses presentan adecuada tolerancia oral sin clínica de reflujo y un IMC medio a los 6 meses de medio 28,8%. Se ha realizado EDA y EGD al año de la cirugía siendo en todos los casos normales.

Discusión: La gastrectomía vertical es actualmente la técnica de cirugía bariátrica más empleada. No obstante, presenta una elevada incidencia de cirugía revisional (20-36%). Entre las causas más frecuentes están: las complicaciones, ERGE de novo, reganancia ponderal, sin olvidar el esófago de Barrett y los trastornos funcionales. En nuestra serie la cirugía revisional a los 5 años supone un 10% con unos resultados adecuados. Pensamos que es conveniente realizar EDA y estudio a todos los pacientes intervenidos de GV a los 5 años para diagnosticar estas patologías. Es necesario seguimiento a más largo plazo para confirmar estos **Resultados:**

P-002

Hernia de Petersen, una complicación fatal en pandemia por COVID-19. Comunicaciones Médicas. Póster.

Acín Gándara, Débora¹; Medina-García, Manuel¹; Ruiz-Úcar, Elena¹; Martínez, Beatriz¹; Manzanedo, Israel¹; Muñoz, Joaquín²; Cruzado, Diego¹; Antolín, Victoria¹; Haro, Pablo¹; Pereira-Pérez, Fernando¹.
¹Hospital Universitario de Fuenlabrada; ²Hospital Universitario Puerta de Hierro.

25/05/2022 18:00 Pantalla 1

Introducción: la hernia interna es una de las complicaciones del Bypass gástrico que hay que descartar ante cuadro agudo o crónico de dolor abdominal. Los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica no siempre son valorados en urgencias por personal experto y menos aun en situaciones precarias como las vividas durante la pandemia COVID-19 (marzo de 2020), cuando los hospitales y las urgencias se encontraban colapsados.

Objetivo: destacar la importancia de diagnosticar de forma precoz las hernias internas tras un Bypass gástrico para evitar consecuencias fatales.

Material y métodos: se presenta el caso de una paciente de 53 años, con Bypass gástrico laparoscópico realizado 4 años antes y buena evolución ponderal y metabólica. Consulta en urgencias, en marzo de 2020, por dolor abdominal irradiado a fosa lumbar derecha. A la exploración presenta dolor abdominal mesogástrico y en la analítica PCR 0.67mg/dL, Cr 0.67mg/dL, leucocitos 12.010 (Neutrófilos 91.8%), Hb 10.3mg/dL, plaquetas 433000, lactato 4.6. Es dada de alta ante mejoría clínica. A las 24h es traída en ambulancia a urgencias por empeoramiento del dolor abdominal, taquicardia(120lpm) e hipotensión arterial(82/52mmHg).

Pruebas complementarias:

- Analítica: glucosa 174mg/dL, creatitina 1.22mg/dL, PCR 28.33mg/dL, leucocitos 17320 (neutrófilos 87.7%), Hb 10.1mg/dL, plaquetas 509000, INR 1.46, actividad de protrombina 58%, tiempo de protrombina 16 seg.
- Rx tórax y abdomen: distensión de asas de ID en hipocondrio izquierdo, con elevación de ese hemidiafragma.
- TC abdominopélvico: obstrucción intestinal secundaria a hernia interna. Rotación de vasos mesentéricos y asa biliar dilatada. Abundante líquido libre.

Es intervenida de urgencias realizando una devolvulación intestinal y cierre del orificio de Petersen. No se objetivan claros datos de isquemia intestinal. Sin embargo, su evolución es tórpida, requiere reintervención urgente por isquemia de todo el ID excepto el asa biliar. Se realiza anastomosis del reservorio al remanente gástrico, resección del ID isquémico (asa alimentaria y asa común) con anastomosis yeyunoileal (del AB al íleon terminal). La paciente persiste en fallo multiorgánico, por lo que es reintervenida a las 8 horas, comprobando isquemia transmural del íleon terminal, colon y vesícula biliar. Se realiza colecistectomía y colectomía subtotal, dejando yeyunostomía terminal y muñón rectal. La paciente precisó ingreso durante 3 meses (la mitad del tiempo en UCI, por shock séptico, insuficiencia renal aguda dependiente de hemofiltración venosa, intubación prolongada con necesidad de traqueotomía, anemia, hematoma en MID, bacteriemia por catéter, desnutrición con NPT, polineuropatía del paciente crítico y miopatía con déficit de miosina). Fue dada de alta con dieta oral, suplementos nutricionales orales y nutrición parenteral domiciliaria, junto con loperamida y codeína para control del débito de la yeyunostomía.

Resultados: Al año y medio la paciente presenta buena evolución y tolerancia oral, aunque con nutrición parenteral domiciliaria 9h al día. Ha tenido 2 ingresos por sepsis por catéter (el último requirió cambiarle el catéter Hickman).

Conclusiones: Las hernias internas tras un Bypass gástrico pueden conllevar consecuencias fatales, como es el caso de nuestra paciente que a los 4 años presentó dicha complicación y aunque está viva, necesita nutrición parenteral domiciliaria nocturna y tiene una yeyunostomía terminal.

P-013

Eventración estrangulada a través de trocar óptico en postoperatorio de Bypass gástrico laparoscópico. Comunicaciones Médicas. Póster.

García-Redondo, Manuel; Ferrer-Márquez, Manuel; Belda-Lozano, Ricardo; Vidaña- Márquez, Elisabet; Rubio-Gil, Francisco; Estébanez-Ferrero, Beatriz; Teruel-Lillo, Irene; Gras-Gómez, Cristina; González-Sánchez, Daniel; Reina-Duarte, Ángel José.
Hospital Torrecárdenas.

25/05/2022 18:00 Pantalla 2

Objetivos: La hernia a través del orificio del trocar es una complicación normalmente infravalorada en la cirugía laparoscópica. Si repasamos la literatura, la incidencia de este tipo de hernia es variable, oscilando entre el 0,3% en algunas series hasta el 30% aproximadamente, en otras. Esto se explica por el auge de nuevas técnicas como el puerto único, la cual utiliza un diámetro mayor. Respecto a la hernia a través del trocar umbilical en cirugía laparoscopia convencional la literatura arroja una incidencia alrededor del 1%.

Material y método: Se describe el caso de una paciente intervenida de Bypass gástrico con eventración estrangulada a través del orificio del trocar.

Resultados: Mujer de 59 años con IMC de 53 kg/cm³. Entre sus antecedentes personales destacan diabetes mellitus tipo 2, síndrome de apnea del sueño e hipertensión. Respecto a sus antecedentes quirúrgicos destaca la realización de una gastrectomía vertical laparoscópica en 2019, la cual se complica con la aparición de una fístula proximal, resuelta satisfactoriamente de manera conservadora. Tras más de 12 meses de la intervención la paciente presenta reflujo gastroesofágico con síndrome emético persistente asociado. Se decide reconversión a Bypass gástrico laparoscópico. En marzo de 2021 se realiza la conversión a Bypass gástrico mediante laparoscopia, de manera satisfactoria. La paciente es dada de alta debido a su buena evolución clínica. Una semana después, acude al servicio de urgencias por taquicardia e hipotensión, acompañada además de sensación nauseosa y mareo. A la exploración física destaca una tumoración supraumbilical, de unos 8 centímetros de diámetro, no reductible, dolorosa a la palpación. Compatible con hernia incisional incarcerada. En la analítica urgente destaca un ****Ilustración 1:** A-Corte sagital, se aprecia contenido de hernia supraumbilical con anillo herniario de pequeño tamaño. B-Reconstrucción 3D de corte sagital, donde se aprecia eventración de asas intestinales y material de sutura previos. C-Corte axial de TAC abdominal, eventración de asas intestinales a través de trocar supraumbilical. Anillo herniario con diámetro inferior a 2 centímetros. De acuerdo con la historia clínica del paciente y los hallazgos de las pruebas de imagen, se decide intervención quirúrgica urgente. Intraoperatoriamente se evidencia una eventración estrangulada a través de orificio de trocar supraumbilical. Se realiza resección del segmento con compromiso vascular y anastomosis, Pósterior reparación de pared.

****Ilustración 2:** Imagen intraoperatoria. Sufrimiento de asa intestinal herniada a través del trocar.

Conclusiones: La presencia de taquicardia durante el postoperatorio de un paciente intervenido de cirugía bariátrica supone el signo de alarma más importante ante una posible complicación. La hernia a través del orificio del trocar es una entidad poco frecuente, y menos aún la estrangulación de esta. Su incidencia aumenta en pacientes con presión intraabdominal aumentada, como en la obesidad y en pacientes diabéticos. La longitud de la incisión y la infección de sitio quirúrgico son los factores locales que más propician este tipo de eventración.



Ilustración 1

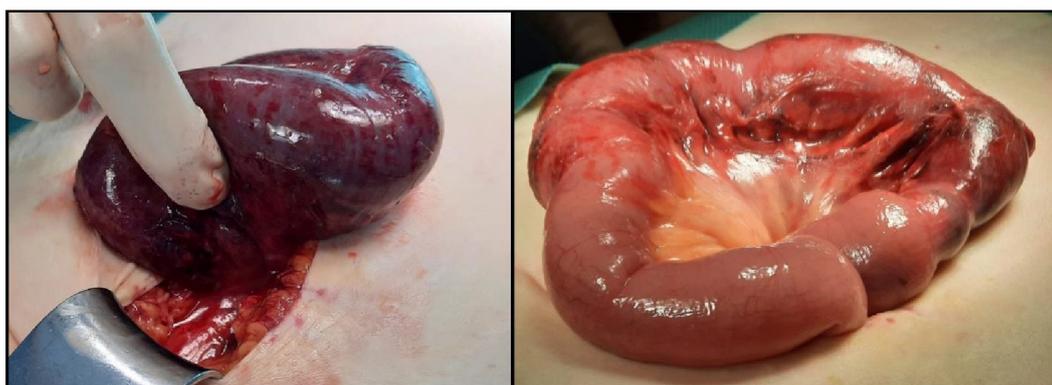


Ilustración 2

P-014

¿Es la enfermedad por reflujo gastroesofágico una limitación real en los pacientes sometidos a gastrectomía vertical?

Comunicaciones Médicas. Póster.

Quiroga Valcárcel, Ana; San Román Romanillos, M Rosario; Matías García, Belén; Allaoua Moussaoui, Yousef; Mañes Jiménez, Félix; Ovejero Merino, Enrique; Córdova Martín, Diego; Díaz Pedrero, Raúl; Ratia Giménez, Tomás; Gutiérrez Calvo, Alberto José.

Hospital Príncipe de Asturias.

25/05/2022 18:00 Pantalla 2

Objetivos: Mostrar los resultados a medio y largo plazo, relacionados con la aparición de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en pacientes intervenidos por obesidad sometidos a gastrectomía vertical.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluye todos los pacientes intervenidos de forma consecutiva de gastrectomía tubular como tratamiento quirúrgico para la obesidad desde febrero de 2017 hasta febrero de 2020, con un intervalo de seguimiento que en todos los casos excede el año de duración. Todos los pacientes previamente fueron valorados por un comité multidisciplinar formado por endocrinólogos, psiquiatras y cirujanos generales especialistas en obesidad, cumpliendo con todas indicaciones establecidas para el empleo del sleeve como técnica quirúrgica. La recogida de datos se ha realizado en una hoja de cálculo Microsoft Office Excel®, y el análisis de datos con SPSS 26®. Para la descripción de variables cuantitativas se ha empleado la media y la desviación estándar como medidas de centralización y dispersión respectivamente. Así como, el número absoluto de casos y el porcentaje sobre la muestra, en el caso de las variables categóricas. Los resultados fueron representados gráficamente en tabla 1.

Resultados: Durante este período 67 pacientes fueron intervenidos por obesidad realizándose gastrectomía vertical laparoscópica. El 71,6% de los pacientes fueron mujeres (48 pacientes). La edad media fue de $48,9 \pm 8,3$ años. El 19,9% (13 pacientes) presentaron tras la cirugía enfermedad por reflujo gastroesofágico, definiendo el mismo como uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) un año después tras la cirugía. Sin embargo, un 7,5% de la muestra (5 pacientes) abandonaron su uso tras la intervención. Podemos afirmar que 59 pacientes (72,5%) no modificaron su tratamiento previo durante el año de seguimiento.

Sexo	Mujer 48 (71,6%) Varón 29 (28,4%)
Edad	$48,9 \pm 8,3$ años
Pacientes con ERGE previa	12 (17,9%)
Pacientes con ERGE al año de seguimiento	24 (35,8%)
Pacientes con diagnóstico de ERGE de novo tras gastrectomía vertical	13 (19,9%)
Pacientes que no modifican su tratamiento inicial	59 (72,5%)

Tabla 1. Características descriptivas muestra.

Conclusiones: Actualmente en el tratamiento quirúrgico de la obesidad, la ERGE supone una de las principales limitaciones de las técnicas restrictivas como lo es la técnica de sleeve. Esto se debe a la creación de un órgano de alta presión cuando realizamos una manga gástrica, no ocurriendo así en la cirugía del Bypass gástrico. Atendiendo a nuestros resultados y comparándolo con los datos disponibles en la literatura, parece razonable el empleo de otras técnicas en pacientes con ERGE previo.

P-036

Manejo de las fistulas gástricas tras gastrectomía tubular por obesidad mórbida, 10 años de experiencia. Comunicaciones Médicas. Póster.

Mañes Jiménez, Felix; San Roman Romanillos, M-Rosario; Matias García, Belen; Jiménez Martin, Ruben; Quiroga Valcarcel, Ana; Alvarado Hurtado, Ricardo; Laguna Hernández, Pilar; Córdova Martín, Diego; Ratía Giménez, Tomas; Gutierrez Calvo, Alberto.
Hospital Príncipe de Asturias.

26/05/2022 11:00 Pantalla 2

Objetivos: Analizar el manejo de los pacientes con fístula gástrica tras la realización de una gastrectomía tubular por obesidad en nuestro centro y realizar una revisión de la literatura al respecto.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes con diagnóstico de fístula gástrica tras la realización de una gastrectomía tubular por obesidad en nuestro centro (área 3 de salud) en el periodo comprendido entre enero de 2010 hasta diciembre de 2020. Se estudiaron y fueron analizadas las siguientes variables: sexo, edad, comorbilidades (DM, DL, HTA), IMC, tiempo hasta la presentación, localización de la fístula, tratamiento, estancia media hospitalaria y tiempo hasta su resolución. Los datos fueron tabulados y analizados mediante el programa estadístico IBM SPSS® Statistic versión 25.

Resultados: En el periodo comprendido entre enero de 2011 hasta diciembre de 2020 se intervinieron cuales 226 gastrectomías tubulares, representando aproximadamente la mitad de las cirugías bariátricas hechas por laparoscopia. En el postoperatorio, 7 de ellos (3,5%) desarrollaron una fístula gástrica (3 hombres y 4 mujeres). La edad media de los pacientes fue de 51 ± 7 años. Previo a la intervención, 3 pacientes (42,8%) presentaban DM, 6 pacientes (85,7%) presentaban HTA y 6 (85,7%) presentaban dislipemia. La mediana del IMC previo a la intervención fue de 44 (38-60). En un primer momento se utiliza azul de metileno intraoperatorio sin llegar a evidenciar fuga en ningún paciente. El diagnóstico se basó en la sospecha clínica junto a la extravasación de azul de metileno por el drenaje o durante la reintervención en 3 pacientes y TC en 4 pacientes. La fístula se localizó en el ángulo de His en 4 pacientes (57,1%) y en el tercio medio del grapado vertical en un paciente. No se consiguió determinar la localización en 2 pacientes. El manejo fue conservador (dieta absoluta, antibioterapia y soporte nutricional parenteral en 2 pacientes (28,5%), endoscópico mediante sellado con adhesivo tisular en un paciente (14,28%) y quirúrgico en 4 pacientes (57,14%). El paciente manejado endoscópicamente tuvo que ser re intervenido para la realización de una laparoscopia exploradora con colocación de drenajes. El tiempo hasta la resolución de la fístula varía de un paciente a otro teniendo en cuenta la repercusión clínica de cada paciente, así como la opción terapéutica que precisaron. La mediana de tiempo hasta la resolución de la fístula fue de 61 días (24- 540). No se registraron fallecimientos.

Conclusiones: La fístula gástrica es una complicación poco frecuente de la gastrectomía tubular, que supone entre el 0.5-5% de los pacientes. Sin embargo, añade una morbilidad importante a los pacientes y el manejo debe ser individualizado acuerdo con la presentación clínica. A menudo se requiere una combinación de varios tratamientos hasta lograr su resolución. No obstante, el tiempo hasta la resolución de la fístula suele ser más corto con una intervención quirúrgica y/o endoscópica temprana que con el manejo expectante. La mortalidad asociada puede llegar hasta el 9% de los pacientes, en nuestro centro fue del 0%.

V-014

Mini Bypass gástrico totalmente robótico: indicaciones, técnica y Resultados: Comunicaciones Médicas. VÍDEO.

Rodríguez González, Pablo¹; Henrard, Alexandre²; Pascotto, Beniamino²; Sanoussi, Abderrahi^{m2}; González González, Lucía²; Poulain, Virginie²; Goergen, Martine²; Azagra, Juan Santiago².

¹Hospital Juan Ramón Jiménez; ²Centro Hospitalario de Luxemburgo.
25/05/2022 15:30 Sala D

Objetivos: Describir la técnica del miniBypass gástrico totalmente robótico (TRMGB), sus indicaciones y resultados a través de un estudio retrospectivo de los casos intervenidos en 2019-2021.

Material y métodos: 18 pacientes fueron intervenidos en 2019-2021. Los aspectos técnicos se describen a continuación, incluyendo imágenes y un vídeo ilustrativo.

Técnica:

- Posición, trócares, docking, instrumentos (fig.1)

Paciente en posición semisentada, con piernas separadas. Neumoperitoneo con aguja de Veress en hipocondrio izquierdo.

Colocamos cinco trocares en arco circular en región supraumbilical, separándolos 8cm entre sí. A 20cm de la apófisis xifoides trocar óptico de 8mm, en brazo 2 robótico; de 12mm con reductor en brazos 1 y 3 para inserción de pinza bipolar fenestrada y tijera monopolar respectivamente; de 8mm en brazo 4 para pinza Cadière y por último trocar laparoscópico de 5mm para retractor hepático.

Separamos el lóbulo izquierdo hepático. Realizamos targeting con óptica de 30º en brazo 2 hacia el pilar izquierdo diagragmático.

- Creación de bolsa gástrica (fig.2)

Con tijera monopolar, apertura de pars flácida del epiplón menor a nivel de la pata de ganso para obtener una bolsa neogástrica de 15cm de longitud. Primer grapado horizontal perpendicular a la curvatura menor con endograpadora 60mm (brazo 1). Adhesiolisis en la cara Pósterior gástrica. Inserción de bujía calibre 42F y grapado vertical en dirección al ángulo de His (brazo 3) con 3 cargas azules 60 mm.

- Ascenso del asa biliopancreática y anastomosis gastroyeyunal (fig. 3)

Reclinación del epiplón mayor y colon transversal hacia arriba para identificar el ángulo de Treitz. A 200cm del ángulo de Treitz, ascenso del yeyuno al nivel del neogastrio y confección de anastomosis antecólica y pregástrica gastroyeyunal con hilo barbado reabsorbible V-Loc 3/0, con sutura inicial de cara Pósterior. Tensando el neogastrio mediante tubo de Faucher, realización de gastrotomía y enterotomía con tijeras monopolares. Cierre de la anastomosis gastroyeyunal con segundo hilo V-Loc.

Resultados: Los datos demográficos, resultados operatorios y postoperatorios de la serie se resumen en la tabla I.

A destacar: en 12/18 casos fue cirugía de revisión (antecedente de sleeve); media de tiempo intraoperatorio 127min; media de estancia hospitalaria 27h; 1 paciente fue reintervenido (kinking); la mortalidad fue nula. Tras 1 año de la cirugía, ningún paciente ha sufrido hipoproteinemia, diarrea ni pirosis.

Conclusiones: El TRMGB demuestra unos resultados a 1 año equiparables o superiores al Bypass gástrico en Y Roux y al sleeve. Tanto la técnica como el abordaje robótico se muestran factibles y una buena opción como cirugía revisional tras fracaso de procedimientos bariátricos restrictivos.

PARÁMETROS	Resultados:
pacientes, n	18
sexo varón: femenino	8:10
edad, media [años]	44 (29-65)
IMC inicial, media [kg/m^2]	43 (36-55)
tiempo intraoperatorio, media [min]	126 (70-180)
estancia hospitalaria, media [horas]	27 (24-48)
complicaciones	
- Clavien-Dindo 2	3/18
- Clavien-Dindo 3b	1/18
- pirosis, n	0
- hipoproteinemia, n	0
- diarrea, n	0
EWL% al año, media	71 (41-105)
EBMIL% al año, media	84 (51-126)
mortalidad, n	0

Tabla 1

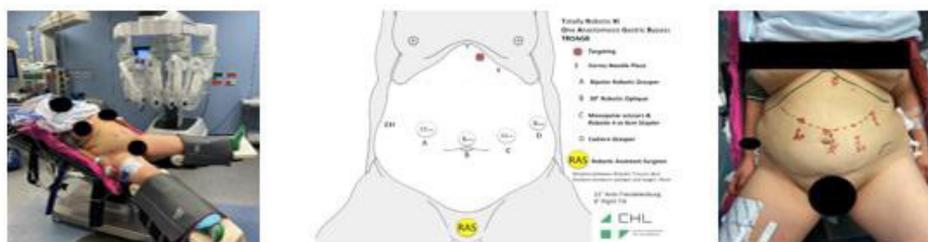


Figura 1



Figura 2



Figura 3

P-003

Sarcoma de células pequeñas, redondas y azules, raro hallazgo intraoperatorio en un Bypass gástrico Comunicaciones Médicas. Póster.

Acosta Mérida, M^a Asunción; Bañolas Suárez, Raquel; Suárez Cabrera, Aurora; Yepes Cano, Andrés Felipe; Casimiro Pérez, José Antonio; Plá Sánchez, Pau; Fernández Quesada, Carlos; Piñero González, Luis; Marchena Gómez, Joaquín.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

25/05/2022 18:00 Pantalla 1

Objetivo: El tumor desmoplásico de células pequeñas, redondas y azules (DSRCT), es un sarcoma de tejidos blandos raro y agresivo. Se origina preferentemente en abdomen, involucrando mesenterio, omento o retroperitoneo. Su incidencia oscila entre 0,2 -0,74 casos/millón/año. Afecta principalmente a adultos jóvenes (mediana 27 años) y varones (4:1). La presentación varía, desde inespecífica (distensión abdominal, pérdida de peso, ascitis), a masa abdominal palpable que comprime órganos. El diagnóstico suele ser tardío, siendo la cirugía citorreductora asociada a quimioterapia y radioterapia adyuvantes el tratamiento estándar. El pronóstico es infausto, con una supervivencia media a 5 años de 15-25%. Presentamos el caso de una paciente, en la que se objetiva, durante la realización de un Bypass gástrico, un sarcoma de células redondas y azules.

Material y métodos: Paciente mujer de 36 años, con antecedentes de alergia al látex, hipertensión arterial, asma, onfalitis y cesárea, programada para cirugía bariátrica por obesidad ginecoide, con IMC 48.68. El protocolo preoperatorio mostró un tránsito baritado normal, gastroscopia con hernia de hiato y ecografía abdominal con esteatosis hepática.

Se interviene de forma programada, realizándose Bypass gástrico laparoscópico. Durante la revisión quirúrgica, se objetiva una masa de unos 14 cm abigarrada, heterogénea, de consistencia dura, en contacto con la curvatura mayor gástrica y ángulo esplénico del colon, rodeada por epiplón mayor (Figuras 1, 2,3,4 y 5)

Resultados: Se realizó la exéresis completa del tumor, con márgenes, y se extrajo la pieza en bolsa. La paciente fue dada de alta en el segundo día postoperatorio sin incidencias.

La anatomía patológica describió un tumor de 11 cm de células pequeñas, redondas y azules con inmunofenotipo compatible, alcanzando la superficie peritoneal en varios puntos.

El TAC de estadificación describió una lesión parauterina izquierda de 1.9 cm, que también captaba en el PET. (Figuras 6 y 7) Ginecología descartó patología relevante.

El Comité de Tumores decidió quimioterapia adyuvante, esquema VAC-IE, 9 ciclos. Siete meses tras la intervención bariátrica, la paciente está recibiendo quimioterapia, presenta adecuada pérdida ponderal y estado nutricional, sin complicaciones, ni signos de recidiva.

Discusión: El DSRCT se suele diagnosticar en estadio avanzado con sarcomatosis y metástasis, fundamentalmente en hígado, ganglios, hueso y pulmón. En este caso, probablemente debido al hallazgo casual intraoperatorio, el diagnóstico se realizó en estadio I. Se ha descrito que lesiones solitarias, ausencia de metástasis, resección tumoral completa y la quimioterapia adyuvante son factores independientes de supervivencia. Por ello somos optimistas con la evolución futura en nuestra paciente.

Conclusión: Una de las pocas probabilidades de diagnosticar precozmente el DSRCT puede ser como hallazgo incidental intraoperatoriamente. El cirujano bariátrico experto debe tener los conocimientos y recursos técnicos para aplicar a estos casos infrecuentes, los principios oncológicos de radicalidad. La exéresis completa del tumor, con márgenes, puede ser la clave para ofrecer al paciente la mayor probabilidad de supervivencia, ante un tumor de pronóstico infausto per se, a pesar del tratamiento. El comité oncológico multidisciplinar debatirá la mejor estrategia según el caso, así como la pauta de seguimiento estrecho, debido al alto riesgo de recidiva.

V-029

Resolución laparoscópica urgente de complicación tardía de técnica bariátrica híbrida no reglada. Comunicaciones Médicas. VÍDEO.

Acosta Mérida, M^a Asunción; Álvarez García, Anabel; Medina Velázquez, Raúl; Suárez Cabrera, Aurora; Gonzalo Hernández, Ayoze Beneharo; Marchena Gómez, Joaquín.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

25/05/2022 18:30 Sala D

Objetivo: La cirugía bariátrica es una herramienta fundamental para el tratamiento de la obesidad. Se han descrito múltiples técnicas y variantes de procedimientos estándar para tal fin. Además de ser efectivas para perder peso y reducción de comorbilidades, las técnicas deben resultar seguras, intentando minimizar el desarrollo de complicaciones a corto y largo plazo. Exponemos el caso de un paciente con antecedentes de cirugía bariátrica atípica hace años, que presenta una complicación de la misma, que requiere intervención urgente.

Material y método: Varón de 35 años, que acude a urgencias por dolor intenso, súbito y punzante, epigástrico, de menos de 24 h, asociado a náuseas. Refiere molestias similares más leves en los últimos meses, siendo orientado inicialmente como cólico nefrítico.

El paciente es fumador 1-2 cajas /día y fue sometido a cirugía bariátrica hace siete años en otro centro (no aporta informe). Toma multivitamínico, hierro y vitamina D. Le dijeron que se le había practicado una intervención mixta, combinando dos técnicas, con el objetivo de perder mayor peso. Su peso preoperatorio era 160 Kg, talla 188cm. Bajó hasta 72 Kg y ahora pesa 82 Kg.

Está consciente, orientado y estable hemodinámicamente, muy afectado por el dolor y con signos de irritación peritoneal difusa. En la analítica sólo destacan 14.000 leucos. El TC de abdomen revela cambios postquirúrgicos con suturas longitudinales a lo largo del estómago tubulizado y yeyuno proximal, abundante neumoperitoneo y líquido libre intraperitoneal, hallazgos compatibles con perforación de víscera hueca.

Resultados: Se interviene urgente por laparoscopia, objetivándose peritonitis masiva bilio-purulenta generalizada por perforación de boca anastomótica gastroentérica de lo que parece una gastrectomía vertical en continuidad con un Bypass sobreañadido en Y de Roux. El asa biliopancreática mide 200 cm y asa alimentaria apenas 15-17cm. Tras revisión de la cavidad y lavados abundantes se decide gastrectomía parcial incluyendo anastomosis gastroentérica y segmento intestinal; confeccionando nueva anastomosis gastro-yeyunal látero-lateral mecánica del pequeño segmento intestinal previo al pie de asa, hasta el nuevo reservorio gástrico de unos 30-40ml, desconectado de la continuidad antropilórica a duodeno.

Resultados: Evolución clínica favorable, tolerancia oral progresiva y alta al 9º día con prueba de imagen de control sin signos de fuga ni complicación.

Se prescribe inhibidor de la bomba de protones, tratamiento de erradicación del helicobácter pylori, y se insta al abandono definitivo del hábito tabáquico.

Conclusiones: El conocimiento de la técnica bariátrica concreta realizada a un paciente complicado, es de vital importancia para orientar el diagnóstico y tratamiento urgente.

El manejo de estos casos complejos por vía laparoscópica en pacientes con complicaciones de cirugía bariátrica debe estar en manos de cirujanos bariátricos expertos, para minimizar los riesgos de esta cirugía urgente y mejorar las posibilidades de éxito y alternativas terapéuticas, teniendo en cuenta la dificultad añadida de un paciente con técnicas no regladas.

Aunque aún no se haya llegado a la "operación ideal", es importante reflejar siempre las posibles variantes realizadas a las técnicas establecidas, procurando la realización de protocolos de actuación basados en la evidencia.

V-045

Fístula gastro-gástrica tras Bypass gástrico anillado: utilidad de la gastroscopia intraoperatoria. Comunicaciones Médicas. VÍDEO.

González López, Rocio¹; Conde Rodriguez, María¹; Navarro Quirós, Gisela¹; Barbeito Castro, Enrique¹; Anguita Ramos, Francisco Javier¹; Vázquez González, Irene¹; García Melón, Abel¹; López Rosés, Leopoldo¹; Conde Vales, José¹; Torres García, Antonio José².

¹Hospital Universitario Lucus Augusti; ²Hospital Clínico San Carlos.

26/05/2022 09:00 Sala D

Objetivo: La fístula gastrogástrica (FGG), comunicación entre reservorio y remanente gástrico, es una complicación infrecuente pero potencialmente devastadora del Bypass Gástrico(BPG), que condiciona el fracaso de la cirugía, al permitir el paso de los alimentos hacia el remanente, eliminando así el mecanismo restrictivo del procedimiento. Nuestro objetivo es presentar un caso de FGG tras BPG laparoscópico anillado, y resaltar la utilidad de la Endoscopia Digestiva Alta(EDA) intraoperatoria.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 60 años intervenida de BPGL anillado en 2006 con IMC inicial de 43 kg/m², que consulta 12 años después por epigastralgia, náuseas y pesadez postprandial, de un año de evolución, con IMC de 33,5 kg/m². La EDA, evidencia un orificio fistuloso de aproximadamente 1cm entre reservorio y remanente, anastomosis gastro-yeyunal permeable y presencia de material de sutura. Se completa estudio con Tránsito Esófago-gástrico (TEG) que confirma los hallazgos. Se descarta colelitiasis por ecografía y se presenta en Comité Multidisciplinar: aceptándose para cirugía de revisión. En la cirugía, se observan importantes adherencias de la anastomosis gastroyeyunal al borde hepático y se identifica un punto de sutura que fija el asa alimentaria al antro. Se realiza EDA intraoperatoria que facilita la identificación anatómica de las estructuras, así como de la fístula, evidenciándose incluso, la inclusión de la anilla en el reservorio, no objetivada previamente. Se procede a la disección esofágica una vez aclarada la anatomía y tras completar la liberación del reservorio gástrico, se secciona con endograpadora el asa alimentaria, lo que permite identificar en la cara Pósterolateral izquierda del reservorio, el orificio fistuloso. Durante la disección, se procede a la apertura del remanente gástrico, se localiza y se retira la anilla, cerrando el orificio del remanente gástrico con endograpadora. Finalmente, se confecciona la anastomosis gastroyeyunal aprovechando el orificio fistuloso, y se reseca parte del reservorio gástrico junto con la anastomosis previa.

Resultados: El postoperatorio transcurre sin incidencias, siendo alta a los 5 días. Actualmente presenta evolución favorable, con desaparición de la clínica previa e IMC de 29,8 kg/m² a los 10 meses post-cirugía.

Conclusiones: La clave para el diagnóstico de la FGG es mantener un alto índice de sospecha. Además de la reganancia de peso, puede presentarse como clínica de reflujo, úlcera marginal (con dolor epigástrico y anemia), náuseas y vómitos. Su aparición, puede estar relacionada con errores técnicos intraoperatorios, fístulas, úlceras marginales, erosiones por cuerpos extraños o como consecuencia de la tendencia del organismo a restablecer la continuidad gástrica natural. En nuestro caso, el componente anillado parece que contribuyó al desarrollo de la misma. La EDA y el TEG son las pruebas de elección para el diagnóstico. La reparación quirúrgica es el procedimiento mayoritariamente empleado pero es más invasivo y con mayor potencial de morbilidad que las técnicas endoscópicas. Existen nuevos métodos endoscópicos de cierre de la FGG que podrían suplantar en algunos casos, a la técnica quirúrgica. Destacamos la gran utilidad de la EDA intraoperatoria en la identificación anatómica de estructuras, así como del trayecto fistuloso que, en nuestro caso, resultó fundamental.

P-018

Urgencia quirúrgica por hernia infraumbilical incarcerada. Comunicaciones Médicas. Póster.

Fernandez Elvira, Elena; Martínez Pinedo, Carlos; Jiménez Higuera, Elisa; Sanchez Pelaez, Daniel; Fernandez Camuñas, Angel; Ruiz García, Pablo; Gil Rendo, Aurora; Martinez De Paz, Fernando; Menchen Trujillo, Bruno; Martín Fernández, Jesus.

Hospital General.

25/05/2022 18:00 Pantalla 3

Urgencia quirúrgica por hernia infraumbilical incarcerada

Objetivos: Describir y analizar el manejo de un hernia umbilical incarcerada en un paciente con antecedente reciente de Bypass gástrico.

Material y métodos: Paciente varón de 45 años que ingresa en urgencias por dolor abdominal y sensación de masa a nivel umbilical de 10 horas de evolución. No refiere fiebre, ni vómitos. Como antecedente de interés fue intervenido hace 1 año de Bypass gástrico laparoscópico, sin incidencias. A la exploración física presenta un abdomen doloroso a la palpación profunda sobre todo en mesogastrio, en región umbilical se palpa una masa dolorosa compatible con hernia incarcerada que no es posible reducir de forma manual. No presenta signos de irritación peritoneal ni de defensa abdominal. Se realiza un TAC de abdomen donde se aprecia una hernia abdominal umbilical en la pared anterior, con signos sugestivos de estar incarcerada. No presenta líquido libre ni de perforación intestinal. Ante estos hallazgos clínicos y radiológicos, se decide intervención quirúrgica urgente. En la exploración quirúrgica se objetiva hernia umbilical incarcerada, realizándose apertura de saco herniario y objetivando viabilidad de asas intestinales. Se decide realizar una eventroplasia tipo Rives con malla de polipropileno.

Resultado: El paciente presentó una evolución favorable, iniciando tolerancia oral el 2 día postoperatorio con dieta progresiva y fue dado de alta al 4 día postoperatorio sin incidencias. En este caso se puede observar a un paciente que sufre una eventración de un orificio de trocar como complicación después de ser intervenido de Bypass gástrico laparoscópico. La incidencia de las eventraciones por orificio de trocar oscila entre 0,18 y 2,8%. El diámetro del trocar, la obesidad y la edad juegan un papel primordial a la hora del cierre de la fascia. En nuestro centro, se realiza cierre de todos los orificios de trocares mayores de 10mm con sutura reabsorbible

Conclusión: La eventración de los orificios de trocares una complicación frecuente aunque infravalorada en la cirugía laparoscópica. Uno de los factores más importantes es el diámetro del trocar, que asociado a la obesidad que presentan estos pacientes, condicionan un factor de riesgo añadido para presentar una eventración de trocar. Es fundamental por tanto, realizar un correcto cierre de los orificios de trocares para disminuir la incidencia de eventraciones a través de estos y sus posibles complicaciones

P-074

Cirugía bariátrica, ¿mejora realmente la calidad de vida de nuestros pacientes?

Comunicaciones Médicas. Póster.

Rubio Sánchez, Teresa¹; Diego Alonso, Elisa Ángela²; Rodríguez García, Raquel²; Sánchez Lara, Juan Emmanuel³; Carrero Martín, Jimena²; Carrero García, Sixto²; Abdel-Lah Fernández, Omar²; Parreño Manchado, Felipe Carlos²; Hernández Cosido, Maria Lourdes²; Muñoz Bellvís, Luis².

¹Complejo Asistencial de Zamora; ²Hospital Universitario de Salamanca; ³Hospital el Bierzo.

27/05/2022 10:30 Pantalla 2

Introducción: La prevalencia de la obesidad continúa en aumento. Se considera que la cirugía bariátrica es la única medida eficaz, a largo plazo, para el tratamiento de la obesidad mórbida. Hoy en día disponemos de múltiples instrumentos con los que medir la calidad de vida relacionada con la salud, como por ejemplo el Short Form 36 (SF-36) o el cuestionario B.A.R.O.S. (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System), considerado el mejor sistema de evaluación integral de la cirugía bariátrica.

Objetivos: Evaluar y comparar la calidad de vida, a través del SF36 y el B.A.R.O.S., entre pacientes obesos programados para cirugía bariátrica con pacientes obesos intervenidos previamente en el Complejo Asistencial de Salamanca.

Material y método: Estudio comparativo y transversal de una cohorte de pacientes adultos con obesidad e IMC mayor de 35 kg/m² programados para intervención quirúrgica, y pacientes ya intervenidos en la Unidad de Cirugía Bariátrica del Servicio de Cirugía General del Complejo Asistencial de Salamanca.

Resultados: De los 48 pacientes del estudio, 24 (54,17% mujeres y 45,83% hombres) estaban programados para ser intervenidos mediante una GTL y 24 (70,83% mujeres y 29,17% hombres) ya habían sido operados. La mayor parte de los pacientes programados para intervención tenían, en los diferentes dominios, puntuaciones inferiores a 60 puntos. Sin embargo, la mayoría de los pacientes operados presentaban puntuaciones superiores a 80 puntos. Estos resultados reflejan que mejora la percepción de la calidad de vida un año después de ser intervenidos de cirugía bariátrica. Además, se ha podido comprobar que los dominios de función física y rol físico son los que han obtenido una mayor mejoría después de la intervención. Respecto a la puntuación total del SF-36, se ha obtenido una media de puntuación de 69,71 en los pacientes programados para intervención y una media de 88,19 en los pacientes operados, reflejando una clara mejoría en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud tras la intervención quirúrgica. En cuanto al B.A.R.O.S., la calidad de vida de los pacientes tratados mediante GTL, demuestra excelentes resultados en la gran mayoría de los casos. Consiguiendo una mejoría de los cinco aspectos de la calidad de vida valorados. Siendo el autoestima el aspecto que mayor mejoría presenta, seguida de la actividad física. La actividad sexual es buena según los resultados, pero es la que menor mejoría obtiene en las puntuaciones.

Conclusiones: La GTL consigue una reducción de peso, IMC y de porcentaje del exceso de IMC perdido significativo al año de la intervención quirúrgica. La calidad de vida, analizada a través de ambos cuestionarios, presenta una mejoría en todas las dimensiones relacionadas con la salud, después de un año tras la GTL. Los pacientes sometidos a cirugía bariátrica presentan una mejora representativa tanto de la salud física como del autoestima. Asimismo, también lo hace la salud mental y sexual, aunque en menor medida. La cirugía bariátrica, por tanto, ha demostrado ser un procedimiento efectivo en el tratamiento de la obesidad mórbida y mejora la calidad de vida de los pacientes obesos mórbidos.

P-004

Estudio de las características clínicas, factores de riesgo y evolución de las hipoglucemias tras cirugía bariátrica Comunicaciones Médicas. Póster.

Fernandez Diaz, Natalia¹; Goday, Albert¹; Benaiges, David¹; Villatoro, Montserrat¹; Jùlia, Helena²; Canton, Natalia¹; Casajoana, Ana¹.

1Hospital del Mar; 2ALTHAIA Xarxa Assistencial de Manresa - Fundació Privada.

27/05/2022 10:30 Pantalla 3

Objetivos: Estudiar la incidencia, factores asociados, características clínicas, tiempo de presentación, evolución a medio plazo y respuesta al tratamiento de las hipoglucemias postcirugía bariátrica (CB).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes con obesidad grave tratados mediante CB con un seguimiento de dos a diez años post-CB y sin tratamiento hipoglucemiante. En cada visita se interrogó sistemáticamente sobre síntomas adrenérgicos (sudoración, temblor, mareo) y neuroglucopénicos (visión borrosa, pérdida de consciencia, contusión) y modo de presentación. Se recogieron además de las características basales y el porcentaje de pérdida de peso las siguientes variables en relación con las hipoglicemias: tiempo de presentación desde la intervención, tratamientos utilizados y respuesta a ellos, resolución y momento de la resolución.

Resultados: De los 577 pacientes operados se excluyeron 60 pacientes por abandono del seguimiento durante los 2 primeros años. Un 15.1% (78) presentaron episodios compatibles con hipoglucemias. Los pacientes con hipoglucemias eran en mayor porcentaje mujeres e intervenidos de Bypass gástrico, sin diferencias en la evolución del peso.

	Con Hipoglicemia	Sin Hipoglicemia	
N	78	439	
Edad (años)	43,5±9,2	44,8±8,9	0,227
Sexo (% mujeres)	88,5	77,9	0,02
IMC inicial (kg/m ²)	44,1±4,2	44,1±5,2	0,961
Peso inicial (kg)	115,2±15,0	118,4±18,0	0,141
Técnica quirúrgica (% Bypass)	85,9	52,4	<0,001
Diabetes tipo2 (%)	24,4	22,3	0,395
HTA (%)	41,0	40,5	0,516
Dislipemia (%)	32,1	27,1	0,222
Tabaco (%)	27,3	25,8	0,442
Porcentaje de pérdida de exceso de peso a los dos años	80,9 ± 21,3	75,9 ± 78,4	0,606

Un 26,5% de los episodios se iniciaron durante el primer año, un 34,4% durante el segundo año y el resto a Pósteriori. Los síntomas más frecuentes fueron la sudoración (71,5%) el mareo (41,0%) y el temblor (31,8%). Un 16,5% presentó pérdida de consciencia. Un 24,5% se manifestaron menos de 1h después de la ingesta (posible dumping precoz), un 38,4% entre una y dos horas postprandial, un 13,2 fueron más tardías y 15,2% en relación con el ayuno prolongado. Los episodios se resolvieron mayoritariamente con la ingesta de hidratos de carbono de absorción rápida y solo 1,4% de pacientes que requirieron de atención médica específica durante el episodio sintomático. La mayoría de pacientes fueron tratados con medidas higiénico-dietéticas y presentaron buena respuesta a ella y solo 4 (5,1%) requirió tratamiento farmacológico. Ninguno requirió reconversión quirúrgica ni cirugía pancreática

Conclusiones: La hipoglucemia tras CB es un problema frecuente con potencial impacto en la calidad de vida de los pacientes que aparece con mayor frecuencia en mujeres e intervenidos de Bypass gástrico respecto a la gastrectomía vertical. La mayoría se presentan de forma leve, tardía tras la ingesta y mejora con recomendaciones dietéticas.

V-030

Fístula gastroyeyunal tras bypass gástrico. Diagnóstico precoz

Comunicaciones Médicas. VÍDEO.

Acín Gándara, Débora; Ruiz-Úcar, Elena; Medina García, Manuel; García Gutiérrez, Virginia; Pereira-Pérez, Fernando.
Hospital de Fuenlabrada.

25/05/2022 18:30 Sala D

Introducción: la fuga o fístula gastroyeyunal es una de las posibles complicaciones del Bypass gástrico. Puede ser precoz o tardía. Es fundamental realizar un diagnóstico temprano para tratarla en las mejores condiciones posibles.

Objetivo: presentar el caso de una paciente con una fístula gastroyeyunal tras la realización de un Bypass gástrico y destacar la importancia de diagnosticarla a tiempo.

Material y métodos: mujer de 41 años con obesidad mórbida ($\text{IMC } 49,5 \text{ kg/m}^2$), SAOS, una cesárea previa y fumadora activa. Presentaba esteatosis hepática en la ecografía y gastritis-duodenitis con *Helicobacter Pylori* positivo en la endoscopia (erradicado tras un ciclo antibiótico). Apta por Psiquiatría y Psicología, había completado las sesiones nutricionales y de fisioterapia respiratoria. En el Comité Multidisciplinar se decidió realizar Bypass gástrico, previo cese del hábito tabáquico. El Bypass gástrico laparoscópico transcurrió sin incidencias. El 2º día postoperatorio, tolerando suplementos nutricionales orales (SNO), comenzó con malestar general y dolor en hombro izquierdo. A la exploración no presentaba signos de irritación peritoneal (FC 95lpm, TA 105/70mmHg) y en la analítica destacaba PCR 31mg/dL, leucocitos 19.930 (Neutrófilos 88%) e INR 1.24. Se realizó TC-abdominopélvico con contraste oral e intravenoso sin evidencia de complicación. No obstante, se decidió realizar laparoscopia exploradora, objetivando peritonitis purulenta por fuga de la anastomosis gastroyeyunal en cara Pósterior, con orificio milimétrico en la línea de grapado. Se plantearon dos opciones:

- 1º. Resección de anastomosis y realizar una nueva (con probable tensión en la anastomosis).
- 2º. Aspirado, lavado, cierre del defecto y drenaje. Optamos por esta opción, cerrando el defecto (punto en U de monofilamento 3/0) y reforzando ambas caras de la anastomosis con tachosil. Se comprobó la estanqueidad con azul de metileno y se dejó un drenaje en lecho quirúrgico.

Se administró piperacilina-tazobactam endovenoso y nutrición parenteral total, con buen evolución. El 5º día se reinició la tolerancia con líquidos, pero a las 48h aumentó el débito del drenaje y se confirmó la persistencia de la fístula. En el TC- abdominopélvico se observaba derrame pleural y una colección intrabdominal de 9.5x8x6cm, que se drenó de forma percutánea (débito 200cc purulento).

Días después presentó fiebre, se repitió el TC, con empeoramiento del derrame pleural y persistencia de la colección. Se colocó pig-tail abdominal y pig-tail torácico conectado a pleurevac. Evolucionó favorablemente, pudiendo retirar el drenaje torácico y reanudar la tolerancia tras comprobar la ausencia de fuga en un tránsito con gastrografín. Fue dada de alta 30 días después del Bypass gástrico asintomática y con buena tolerancia oral.

Resultados: 3 meses después, presenta buena evolución y tolerancia oral, $\text{IMC } 39,3 \text{ kg/m}^2$, EWL 41,3%.

Conclusiones: Las fístulas gastroyeyunales tras un Bypass gástrico son poco frecuentes y su presentación suele ser atípica, por lo que puede pasar desapercibida si no se tiene un alto índice de sospecha. A veces las pruebas complementarias no nos aclaran el diagnóstico y es mejor realizar una laparoscopia diagnóstica, a tiempo, que esperar. El tratamiento de las fístulas es un reto para el cirujano, ya que en función del tiempo de evolución habrá que tomar decisiones diferentes.

O-055

Análisis de la implementación del protocolo rica en una unidad de cirugía bariátrica

Comunicaciones Médicas. ORAL.

Rodríguez Uría, Raquel; Sanz Navarro, Sandra; Moreno Gijón, Maria; Contreras Saiz, Elisa; Rodicio Miravalles, Jose Luis; Amoza País, Sonia; Turienzo Santos, Estrella Olga; Sanz Álvarez, Lourdes.

Hospital Universitario Central de Asturias.

26/05/2022 11:30 Sala A

Objetivo: La Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (vía RICA) es un programa de cuidado del paciente que ha demostrado mejorar la recuperación postoperatoria. El objetivo de este estudio es analizar la implementación inicial del protocolo RICA en la Unidad de Cirugía Bariátrica de nuestro hospital, comparándolo con una cohorte histórica que recibió atención estándar.

Material y métodos: Los datos clínicos de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica primaria y que cumplían criterios para aplicar el protocolo RICA fueron recopilados y revisados retrospectivamente, en 2 periodos: uno entre el 1 de febrero de 2019 y el 31 de mayo de 2021 (GRUPO RICA) y otro entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de mayo de 2018 (GRUPO ATENCIÓN ESTÁNDAR)

Ambos grupos se compararon en cuanto a características preoperatorias, manejo intraoperatorio, técnica, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias (clasificación Clavien-Dindo), reingreso y reintervención.

La comparación de variables se realizó mediante Chi-cuadrado y T de Student.

Resultados: En el grupo RICA se incluyeron 60 pacientes y en el grupo atención estándar (grupo control) 61 pacientes, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre grupos en sexo, edad media, IMC medio y comorbilidades.

En cuanto a la técnica, en el grupo RICA se realizó un Bypass gástrico en 44 pacientes (73,4%) y una gastrectomía vertical en 16 (26,7%), siendo todos los procedimientos vía laparoscópica; mientras que en el grupo de atención estándar se realizó un Bypass gástrico en 49 pacientes (80,3%) y una gastrectomía vertical en 12 (19,7%), siendo sólo 1 de los procedimientos vía abierta. Sólo hay diferencias significativas entre grupos en el tipo de anastomosis reservorio-yeyunal del Bypass, ya que en el grupo RICA todas las anastomosis fueron lineales, mientras que en el grupo control encontramos 17 circulares y 32 lineales.

El manejo intraoperatorio y postoperatorio de ambos grupos fue diferente (con significación estadística) en cuanto a uso de vía arterial, sonda vesical y drenaje, analgesia y administración de antieméticos, inicio de movilización y tolerancia vía oral, así como fin de la fluidoterapia y analítica de control.

En el grupo RICA 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%); en el grupo control el alta fue en el 3º día en 16 pacientes (16,2%), en el 4º día en 34 pacientes (55,7%), en el 5º día en 7 pacientes (11,5%), en el 6º día en 1 paciente (1,6%), en el 7º día en 1 paciente (1,6%) y más allá del 7º día en 2 pacientes (3,3%) La estancia hospitalaria de los pacientes incluidos en el protocolo RICA fue significativamente más corta. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en tasa de complicaciones ni de reintervención.

Conclusiones: La aplicación del protocolo RICA en Cirugía Bariátrica es segura y efectiva; en nuestro estudio se demuestra que los resultados son similares a la atención estándar en cuanto a complicaciones, reintervenciones y reingresos, consiguiendo un alta hospitalaria más temprana.

O-057

Cirugía bariátrica robótica en regimen de cirugía mayor ambulatoria

Comunicaciones Médicas. ORAL.

Pascotto, Beniamino; González, Lucía; Henrard, Alexandre; Sanoussi, Abderrahim; Fabbrizio, Tiziana; Schick, Tobias; Azagra, Juan Santiago.
Centre Hospitalier de Luxembourg.

26/05/2022 12:30 Sala A

Introducción: Desde 2001 año donde que fue descrito el primer Bypass gástrico robótico, su implementación en la cirugía bariátrica ha sido muy lenta hasta el 2015 año donde se introduce el robot Da Vinci Xi* y a partir de ese momento observar su utilización exponencial en cirugía visceral y en cirugía bariátrica y metabólica en particular.

El propósito de nuestra presentación es de describir su utilización dentro un programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Métodos: Iniciamos el programa a finales del 2018. Es importante señalar que la cirugía bariátrica y metabólica tiene un acceso al Robot de un día semana puesto que disponemos de un solo Robot compartido entre varias especialidades. Los pacientes han sido analizados en en cuanto al tiempo operatorio, la conversión peri-operatoria, la estancia hospitalaria y la morbilidad y mortalidad a 30 días, 6 meses y 1 al año de la operación (readmisiones y reoperaciones comprendido). Presentamos también la pérdida de exceso de peso obtenido a 1 año. Se realiza también una comparación entre los costes de

la instrumentación utilizando el robót (considerando el Robot amortizado) vs la laparoscopia para el Bypass y la Sleeve. Por último analizamos la curva de aprendizaje del cirujano.

Resultados: Hasta hoy han sido operados mediante abordaje robótico 130 pacientes.

Se trata de 80 Bypass gástricos, 30 gastrectomías verticales, 18 cirugías de revisión (miniBypass tras gastrectomía vertical) y 2 de SADI. Todos los pacientes entran en un programa de "fast-track" y cirugía mayor ambulatoria en el que el tiempo medio de estancia hospitalaria son 29 horas. No se observó ninguna conversión peroperatoria y el tiempo medio de consola fué de 75 minutos para un Bypass en Y y de 40 minutos para una gastrectomía vertical.

En cuanto a las complicaciones, no observamos ningún caso de fístula anastomótica sin embargo acusamos una hernia interna post Bypass en Y que requirió una reintervención. En el seguimiento a 1 año la media de pérdida de exceso de peso es del 59%. En términos de costes un Bypass robótico cuesta 2027,92 € mientras que por vía laparoscópica el coste se eleva a 2387,27 €. En la gastrectomía vertical robótica el coste es de 2290,44 € mientras que por laparoscopia cuesta 2156,35 € esta diferencia se explica por la utilización del instrumento desechable de termofusión robótico.

La curva de aprendizaje para un Bypass robot es de 25 casos observando un tiempo de consola estable de uns 75 minutos para el Bypass.

Conclusiones: La cirugía bariátrica y metabólica robótica es segura, fiable y no es inferior a la laparoscópica en términos de complicaciones y de resultados Su implementación dentro de un programa de CMA es una realidad a considerar. La instrumentación utilizada en el Bypass robótico es de menor coste que un Bypass laparoscópico. La curva de aprendizaje es mucho más rápida por robot que la descrita en la literatura para la laparoscopia.

O-015

Impacto e implementación de la cirugía robótica en el programa de formación de residentes utilizando como modelo la cirugía bariátrica

Comunicaciones Médicas. ORAL.

Pascotto, Beniamino; González, Lucía; Henrard, Alexandre; Sanoussi, Abderrahim; Fabbrizio, Tiziana; Schick, Tobias; Azagra, Juan Santiago.

Centre Hospitalier de Luxembourg.

25/05/2022 15:30 Sala A

Objetivos: La Introducción: de la cirugía robótica en el programa de formación de los residentes nos parece ser una etapa indispensable por no decir rápidamente una obligación en los hospitales que cuentan ya con los medios necesarios, « el robot » y que tienen la responsabilidad decente de residentes en especialidad en cirugía general.

Esto se debe fundamentalmente a dos razones, la primera es que hoy en día el conocimiento de la cirugía robótica es una realidad presente y ineluctable para los cirujanos; en cuanto a la segunda y desde casi ya 20 años la formación en cirugía robótica a estado únicamente en manos de las empresas constructoras del Robot cuando factualmente debería llevarse a cabo en los hospitales con dedicación formativa en cirugía general.

Resultados: Desde 2019 hemos empezado un programa de formación en cirugía robótica en nuestro centro.

Para ello se empezó por estandarizar los procedimientos y seguidamente comenzamos a utilizarlo en cirugía bariátrica como modelo de formación para los residentes en cirugía bariátrica y al mismo tiempo robótica

Se trata de un aprendizaje «paso a paso»:

- Primer paso: el residente asiste al cirujano principal aprendiendo ya todos el inicio de una cirugía robótica que se realiza de forma totalmente estandarizada (instalación del paciente, colocación de trócares robóticos, docking, instrumental necesario y añadido como el tipo y las dimensiones de las suturas eventuales) y otros trucos y astucias propias de éste tipo de cirugía
- - Segundo paso: visualizar los vídeos de la cirugía robótica realizados y de manera concomitante entrenarse en el simulador de la consola.
- El objetivo es que el día que el residente se sienta en la consola número 2 conozca perfectamente la intervención y la manipulación del robot.
- La clave del aprendizaje dirigido es la segunda consola ya que permite en un primer momento tener la misma visión del cirujano, y en un segundo que éste le pase los mandos y comience a hacer pequeñas partes de la cirugía.
- empezará realizando suturas: progresivamente la anastomosis yeyuno-yeyunal del Bypass en Y, luego la gastro-yeyunal parcialmente al principio y más tarde completa.
- La disección y construcción del « pequeño estómago » y sobre todo la manipulación del yeyuno etapa delicada en cirugía robótica debido a la ausencia de sensibilidad propioceptiva, constituyen el tercer paso

El rol del mentor en la consola 1 es fundamental en todas estas etapas, no solo para retomar los mandos en momentos de dificultad, sino para mostrar los movimientos totalmente intuitivos aún por desarrollar por el residente y que no tienen nada que ver con la gestual laparoscópica.

Conclusiones: En nuestra opinión la cirugía robótica debe comenzarse dentro del programa de formación de los residentes en cirugía general ya.

La cirugía bariátrica, al tratarse de una cirugía frecuente y estandarizada en la que se disecciona, se sutura y se realizan anastomosis constituye para nosotros el modelo ideal para comenzar esta formación. En nuestra experiencia el simulador y la segunda consola son los factores clave para llevar a cabo este proyecto.

O-016

Evolución de la optimización preoperatoria en un programa de cirugía bariátrica

Comunicaciones Médicas. ORAL.

Sanz Navarro, Sandra; Rodríguez Uría, Raquel; Moreno Gijón, María; Contreras Saiz, Elisa; Rodicio Miravalles, José Luis; Amoza Pais, Sonia; Turienzo Santos, Estrella Olga; Sanz Álvarez, Lourdes María.

Hospital Universitario Central de Asturias.

25/05/2022 15:30 Sala A

Objetivos: La optimización preoperatoria en cuanto a pérdida de peso se refiere, contribuye a mejorar la visión intraoperatoria, mejora el campo quirúrgico y por tanto facilita la cirugía. El protocolo de optimización se ha modificado en nuestro centro con el paso de los años adaptándose a la logística disponible. Surge por tanto la necesidad de comparar los resultados en cuanto a pérdida de peso y efectividad de dichos procedimientos.

Material y métodos: El programa de cirugía bariátrica se inició en nuestro hospital en 2003, habiendo sido operados unos 900 pacientes. Según el protocolo de nuestro centro se optimizan los pacientes con IMC mayor de 55. Realizamos un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo sobre nuestra base de datos prospectiva. La comparación entre variables cuantitativas la realizamos mediante ANOVA y Kruskal-Wallis (si no cumplen criterios de normalidad) y Posteriormente aplicamos pruebas post-hoc para identificar diferencias entre los 3 métodos de optimización.

Resultados: En la primera etapa del programa se colocaron 49 balones tipo Balón de Bioenterics® (BIB) , en dos casos retirados por mala tolerancia. En la segunda etapa, se colocó el balón tipo Obalón™ (OB) a 26 pacientes siendo necesaria la colocación de un segundo balón en 3 pacientes. En 2019 por problemas en la disposición de los balones, comenzamos la preparación con una dieta muy baja en calorías (VLCD) aportando unas 400-800 kcal máximo al día, además de apoyo con suplementos nutricionales específicos. La VLCD fue administrada a 14 pacientes observando una pérdida de peso similar y una diferencia en coste total significativa en relación al primer tipo de balón utilizado, así como en la relación coste-efectividad tomando como medida de efectividad la pérdida de peso y realizando un cálculo individualizado del coste por paciente y procedimiento.

	BIB	OB	VLCD	
PACIENTES	47	26	14	87
EDAD MEDIA (años)	44,4(+/-10,6)	44,5(+/-10,6)	43(+/-8,08)	n.s
IMC PRE-TRATAMIENTO (Kg/m²)	61,4(+/-5,5)	59,5(+/-3,8)	57,6(+/-2,8)	P<0.05BIB-VLCD
PÉRDIDA PESO (kg)	24,5(+/-4,5)	18,6(+/-9,1)	21,9(+/-7,6)	P<0.05 BIB-OB
TIEMPO DE TRATAMIENTO (días)	128,6(+/- 15,3)	93,5(+/-13,4)	101,9(+/-35,3)	P<0.05 BIB-OB p<0.05 BIB-VLCD
COSTE TOTAL POR PACIENTE (€)	3001,8(+/-177,9)	1462,5(+/-317,3)	1506,3(+/-511,3)	P<0.05 BIB-OB p<0.05 BIB-VLCD
PSP (%)	24,8(+/-9,7)	18,5(+/-7,9)	21,5(+/-7,8)	P<0.05 BIB-OB
PEIMCP (%)	26(+/-10,2)	18,5(+/-8,9)	23,9(+/-8,2)	P<0.05 BIB-OB
RELACIÓN CE PSP	145,5(+/-88,8)	95,1 (+/-55,2)	85,2(+/-78,9)	P<0.05 BIB-OB p<0.05 BIB-VLCD
RELACIÓN CE PEIMCP	138,7(+/-82,7)	111,7(+/-110,4)	77,4(+/-76,9)	P<0.05 BIB-VLCD

Tabla 1. Diferencias entre las opciones terapéuticas en la optimización de pacientes con obesidad.

BIB: Bioenterics IntraGastric Balloon®. OB: Obalon™. VLCD: dieta muy baja en calorías.

IMC= Índice masa corporal. PSP= Porcentaje de sobrepeso perdido.
PEIMCP=Porcentaje de exceso de IMC perdido. CE: coste-efectividad.

Conclusiones: El análisis de nuestra experiencia en la optimización de pacientes muestra que la dieta muy baja en calorías es factible, prácticamente exenta de complicaciones, consiguiendo una pérdida de peso similar y además un menor consumo de recursos en comparación con la preparación con balones intragástricos.

P-054

Reparación de hernia ventral concomitante y cirugía bariátrica: un análisis retrospectivo de nuestra serie. Comunicaciones Médicas. Póster.

Valbuena Jabares, Victor; Gutierrez, Gonzalo; Lopez Useros, Antonio; Castanedo, Sonia; Caiña, Ruben; Lagunas, Esther; Garcia Somacarrera, Elena; Anderson, Edward Joseph; Garcia Cardo, Juan.
HUMV.

26/05/2022 18:00 Pantalla 2

Introducción: La realización concomitante de cirugía de la pared abdominal y cirugía bariátrica puede suponer una dificultad añadida al procedimiento.

El índice de recidivas de la patología de la pared abdominal en el obeso operado son mayores. Además, siempre cabe la posibilidad de una segunda intervención para reparar los problemas de la pared relacionados con la pérdida de peso.

Objetivos: Analizar los casos de hernia estrangulada como complicación postquirúrgica en los pacientes sometidos a Bypass gástrico simplificado, en los que se encuentra hernia de pared durante el procedimiento.

Material y métodos: Realizamos el estudio de los pacientes intervenidos de Bypass gástrico simplificado entre los años 2016-2021 por nuestra unidad endocrino metabólica. Se analizan los casos con hernia de pared, conocida o no. Se excluyen los casos con eventraciones sintomáticas que precisaran de cirugía concomitante.

Resultados: Se analizaron un total de 290 pacientes intervenidos de Bypass gástrico simplificado. 190 fueron intervenidos mediante un abordaje laparoscópico y los 100 restantes mediante cirugía robótica. Predominó el sexo femenino (66 % fueron mujeres y un 34% hombres). La Edad Media fue 47 ± 9.7 años y el Índice de Masa Corporal (IMC) medio fue de 44 ± 6 Kg/m².

En un total de 9 pacientes se objetivó hernia ventral primaria umbilical con epiplon encarcerado en su interior.

En todos los casos se redujo el contenido herniario debido a la imposibilidad de movilizar el asa yeyunal y continuar con el procedimiento quirúrgico.

En 6 (66,7%) de los casos se realizó una reparación concomitante con la cirugía bariátrica, mediante herniorrafia con endoclose y sutura sintética reabsorbible monofilar. De este grupo de pacientes, uno presentó recidiva un año más tarde.

En los 3 casos restantes, en cambio, no se reparó el defecto inicialmente, y el 100% de ellos presentó como complicación durante el postoperatorio hernia umbilical estrangulada, requiriendo cirugía urgente para su reparación mediante herniorrafia con puntos sueltos con sutura sintética reabsorbible monofilar. En un caso supuso una dehiscencia por presión sobre la anastomosis gastroyeyunal. La estancia media de este último grupo de pacientes fue de 6 días.

Conclusiones: La presencia de una hernia primaria encarcerada puede llegar a condicionar la cirugía bariátrica.

En caso de necesidad, sería recomendable su reducción y reparación mediante sutura primaria de forma profiláctica para evitar la posibilidad de una encarceración de asas intestinales en postoperatorio inmediato.

O-058

Análisis prospectivo de la evolución de las comorbilidades en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica comparado con los de lista de espera quirúrgica

Comunicaciones Médicas. ORAL.

Martínez Izquierdo, Gema; López-Negrete Cueto, Emilio; Moreno Gijón, María; Rodicio Miravalles, José Luis; Turienzo Santos, Estrella; Rodríguez Uría, Raquel; Sanz Navarro, Sandra; Sanz Álvarez, Lourdes.

Hospital Universitario Central de Asturias.

26/05/2022 12:30 Sala A

Objetivos: Analizar la evolución de las comorbilidades en un grupo de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica (CB) comparándolos con aquellos que permanecen en lista de espera quirúrgica (LEQ).

Material y métodos: Entre enero de 2017 y diciembre de 2018 estudiamos de forma prospectiva las comorbilidades que presentaban los pacientes atendidos en nuestra unidad de cirugía bariátrica según dos grupos de estudio: pacientes del grupo quirúrgico y aquellos del grupo de lista de espera (LEQ). Se recogieron datos sobre las enfermedades asociadas y los tratamientos derivados de la obesidad. En el seguimiento de dos años analizamos la evolución de estas enfermedades según los criterios de la ASMBS (American Society for Metabolic and Bariatric Surgery).

Resultados: Durante el periodo de estudio se incluyeron 271 pacientes, de los cuales 140 pertenecían al grupo quirúrgico y 131 al grupo de LEQ. La edad media de los pacientes fue de 45,9 (9,9) años y el IMC medio al inicio del estudio de 47,2 (6,4) kg/m², con un rango de 32,4 a 78,6 kg/m².

Hasta el 96,6% de los pacientes presentaban alguna comorbilidad en el momento de ser incluidos en el estudio, destacamos 173 pacientes (65%) con síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS), 130 (48,9%) con hipertensión arterial (HTA), 109 (41%) con depresión, 94 (35,3%) con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), 88 (33,1%) con dislipemia (DL) y 77 (28,9%) enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La depresión fue más frecuente en el grupo quirúrgico (45,7% vs. 33,6%, p=0,046).

A los dos años de seguimiento se observan altas tasas de mejoría de las comorbilidades en el grupo quirúrgico en comparación con los pacientes del grupo LEQ. Estos resultados son estadísticamente significativos para todas las enfermedades asociadas estudiadas (p<0,001) como se muestra en la siguiente tabla.

		Grupo LEQ	Grupo quirúrgico	p-valor
SAHS		n=82	n=91	<0,001
	Peor	5 (6,1%)	0 (0%)	
	Igual	76 (92,7%)	4 (4,4%)	
	Mejor	0 (0%)	22 (24,2%)	
	Resuelto	1 (1,2%)	65 (71,4%)	
HTA		n=72	n=58	<0,001
	Peor	22 (30,6%)	0 (0%)	
	Igual	47 (65,3%)	7 (12,1%)	
	Mejor	3 (4,1%)	21 (36,2%)	
	Resuelto	0 (0%)	30 (51,7%)	
Depresión		n=44	n=65	<0,001
	Peor	6 (13,6%)	6 (9,2%)	
	Igual	33 (75%)	17 (26,2%)	
	Mejor	5 (11,3%)	29 (44,6%)	
	Resuelto	0 (0%)	13 (20%)	
DMT2		n=53	n=41	<0,001
	Peor	26 (49,1%)	0 (0%)	
	Igual	26 (49,1%)	3 (7,3%)	
	Mejor	1 (1,8%)	4 (9,8%)	
	Resuelto	0 (0%)	34 (82,9%)	
DL		n=34	n=54	<0,001
	Peor	4 (11,8%)	0 (0%)	
	Igual	29 (85,3%)	10 (18,5%)	
	Mejor	1 (2,9%)	10 (18,5%)	
	Resuelto	0 (0%)	34 (63%)	
ERGE		n=41	n=36	<0,001
	Peor	6 (14,6%)	1 (2,7%)	
	Igual	34 (82,9%)	2 (5,6%)	
	Mejor	0 (0%)	2 (5,6%)	
	Resuelto	1 (2,5%)	31 (86,1%)	

Conclusiones: La CB consigue resolver las comorbilidades en un elevado número de enfermos en comparación con el empeoramiento que sufren los pacientes durante las prolongadas listas de espera. Estos resultados hacen prioritaria una política orientada a reducir las listas de espera para estas cirugías, consiguiendo, así, mejorar la salud de nuestros pacientes.

O-038

Gastrectomía tubular laparoscópica: resultados metabólicos en nuestro centro

Comunicaciones Médicas. ORAL.

Rodríguez García, Raquel¹; Diego Alonso, Elisa Ángela¹; Montalbán Valverde, Pedro Antonio¹; Rubio Sánchez, Teresa²; Sánchez Lara, Juan Emmanuel³; Hernández Cosido, Lourdes¹; Abdel-Lah Fernández, Omar¹; Parreño Manchado, Felipe Carlos¹; Jiménez Vaquero, Isidro¹; Muñoz Bellvís, Luis¹.

¹Hospital Universitario de Salamanca; ²Complejo Asistencial de Zamora;

³Hospital el Bierzo.

26/05/2022 09:00 Sala A

Objetivos: Evaluar la mejoría o remisión de la diabetes mellitus tipo 2 (D^{M2}) en una muestra de pacientes obesos sometidos a una gastrectomía tubular laparoscópica (GTL) en nuestro centro, así como analizar la influencia de diversos factores con las variables clínicas y analíticas.

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo de una cohorte de 27 pacientes adultos (33-65 años, con una media de 49,3 y una desviación estándar (DE) de 7,8), obesos ($IMC > 35\text{kg/m}^2$), diabéticos tipo 2, intervenidos de GTL. De ellos, 17 (62,96%) eran mujeres. Se realizó una valoración previa a la intervención y 12 meses después, recogiendo los datos clínicos (DM, tratamiento farmacológico), antropométricos y analíticos, que incluyó la glucemia basal y la hemoglobina glicosilada (HbA1c). El análisis se realizó mediante el SPSS versión 23.

Resultados: Los pacientes presentaban una media de IMC de $49,40\text{ kg/m}^2$ ($DE= 8,19$), un peso medio de $130,52\text{ kg}$ ($DE= 23,51$) y una media de glucemia y HbA1c de $133,67\text{ mg/dl}$ ($DE= 55,5$) y $7,24\%$ ($DE= 1,9$) respectivamente. El peso medio al año de la intervención fue de $89,54\text{ kg}$ ($DE= 17,65$), lo que supone una pérdida media de $40,98\text{ kg}$ ($DE= 17,43$) con un resultado estadísticamente significativo ($p < 0,01$). El IMC medio al año fue de $33,91\text{ kg/m}^2$ ($DE= 6,02$), lo que supone una reducción media de $15,49\text{ kg/m}^2$ ($DE= 6,64$), estadísticamente significativa ($p < 0,01$). La glucemia media al año fue de $102,2\text{ mg/dl}$ ($DE= 49$) lo que supone una pérdida media de $31,47\text{ mg/dl}$ ($DE= 49,3$), estadísticamente significativa ($p=0,003$). La HbA1c media al año fue de $5,92\%$ ($DE= 1,29$), también estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Con ello, siguiendo los criterios de remisión de la D^{M2} de la ADA, se objetiva que el 18,5% de los pacientes obtuvieron una mejoría, el 3,7% una remisión parcial y el 66,7% una remisión completa, mientras que en el 11,1% de los pacientes no se alcanzó mejoría. Se analizó si la mejoría/ remisión de la D^{M2} se relaciona con la edad, sexo e IMC previo a la cirugía según tipo de obesidad, obteniendo resultados no significativos. Sin embargo, se objetivan diferencias estadísticamente significativas al establecer dos grupos de IMC (punto de corte 45 kg/m^2 $p < 0,05$).

- **Conclusiones:** La gastrectomía tubular laparoscópica consigue una mejoría/remisión de la D^{M2} en un gran porcentaje de pacientes.
- Los niveles de glucemia y hemoglobina glicosilada en sangre están disminuidos de forma significativa al año de la cirugía.
- La mejoría/remisión del conjunto de individuos se correlaciona con el IMC de forma significativa.
- No se han encontrado diferencias significativas en la remisión/mejoría de la D^{M2} con la edad y sexo del paciente.
- La cirugía metabólica ha demostrado ser un tratamiento eficaz para la D^{M2} .

V-001

Tratamiento laparoscópico de fístula anastomótica. A propósito de un caso

Comunicaciones Médicas. VÍDEO.

Barbero Valenzuela, Alejandro; Martínez De Paz, Fernando; Gil Rendo, Aurora; Menchen Trujillo, Bruno Juan; Martínez Pinedo, Carlos; Sánchez Peláez, Daniel; Jiménez Higuera, Elisa; Fernández Camuñas, Ángel; Ruiz García, Pablo; Martín Fernández, Jesús.

Hospital General.

25/05/2022 12:30 Sala D

Objetivos: Presentación del manejo laparoscópico de la fístula anastomótica tras cirugía bariátrica en el HGU de Ciudad Real.

Material y métodos: Las fugas anastomóticas complican entre el 0,8 y el 7% de los Bypass gástricos (BYG), representando la segunda causa de muerte, tras el embolismo pulmonar, con una mortalidad del 6-17%. Aunque, en la actualidad, existe una tendencia creciente del manejo no quirúrgico de las fístulas anastomóticas tras BYG, existe un grupo de pacientes que se beneficiarán de un tratamiento quirúrgico precoz.

Resultados: Exponemos el caso de una mujer de 43 años de edad intervenida de forma programada por obesidad mórbida (IMC 52), practicándose BYG laparoscópico distal con anastomosis gastroyeyunal L-L con endograpadora 30 mm. antecólica. A las 48 horas de la intervención, la paciente presenta, de forma súbita y defensa localizados en hipocondrio y flanco izquierdo asociados a taquicardia. Se realiza TAC abdominal urgente, evidenciándose fuga de contraste gastroyeyunal sin colecciones ni líquido libre. Ante el deterioro clínico progresivo, se decide intervención urgente mediante abordaje laparoscópico, hallándose peritonitis localizada y perforación del bolsón gástrico, decidiéndose sutura primaria, lavados y drenaje. El postoperatorio cursa favorablemente, comprobándose la estancamiento mediante TAC con contraste oral e intravenoso y siendo dada de alta al 7º día postoperatorio, sin más complicaciones.

Conclusiones: Las fístulas anastomóticas en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica son una seria complicación con una elevada morbimortalidad. El tratamiento conservador ha sido comúnmente aceptado para pacientes estables hemodinámicamente con fístulas controladas, habiéndose desarrollado técnicas endoluminales con resultados prometedores, tales como la colocación de prótesis recubiertas. Sin embargo, el mejor tratamiento para las fístulas precoces (24-48 horas) o aquellas mal toleradas continúa siendo el tratamiento quirúrgico. En nuestra opinión, las técnicas radiológicas contrastadas como el EGD, TAC o la administración de colorantes vía oral, no sustituyen la sospecha clínica como pilar fundamental para el establecimiento de una indicación quirúrgica urgente. Aún con las dificultades propias del proceso inflamatorio local, el abordaje laparoscópico de las mismas es factible y seguro en unidades de cirugía bariátrica con suficiente experiencia, proporcionando a los pacientes complicados los beneficios de la cirugía laparoscópica.

P-044

Perforación de úlcera de boca anastomótica tras bypass gástrico

Comunicaciones Médicas. Póster.

Arranz Jiménez, Raquel; Vaello Jodra, Victor; Juez Saez, Luz Divina; Cuadrado Ayuso, Marta; Priego Jiménez, Pablo; Sánchez Picot, Silvia; Gil Yonte, Pablo; Blázquez Hernando, Luis Alberto; Galindo Álvarez, Julio.

Hospital Ramón y Cajal.

26/05/2022 18:00 Pantalla 1

Introducción: Las complicaciones tardías del *Bypass* gástrico (BPG) son de etiología diversa. Dentro de estas, se encuadran las úlceras marginales, con una incidencia del 0,6-16%. El diagnóstico es endoscópico y el tratamiento, en ausencia de complicación aguda, médico. Es importante corregir factores de riesgo durante la evaluación preoperatoria, y realizar un diagnóstico de sospecha precoz ante la sintomatología inicial. Se presentan dos casos de perforación aguda de úlcera marginal.

Presentación de casos: Caso 1: Varón de 24 años con *Bypass* gastroileal de una anastomosis hace 5 años. Presenta dolor de 3 días de evolución y vómitos. No toma medicación previa. En la Tomografía Computarizada (TC) abdominal se visualiza perforación a nivel de la anastomosis. Se indica intervención quirúrgica urgente por vía laparoscópica.

Intraoperatoriamente se objetiva una perforación en cara lateral izquierda de anastomosis previa con peritonitis difusa y una colección purulenta. Se rehace de nuevo el reservorio gástrico y la anastomosis gastroileal. Tras cinco días se realiza un EGD que no muestra fugas de contraste, siendo dado de alta.

Caso 2: Varón de 52 años con antecedentes de EPOC, SAOS, FA anticoagulada, bebedor y fumador activo. Intervenido de BPG en 2017. La panendoscopia oral de revisión en enero de 2021 muestra una úlcera de boca anastomótica por lo que se pauta IBP a doble dosis y se realiza control con úlcera en proceso de cicatrización.

Acude por dolor abdominal de 2 días de evolución tras abundante ingesta de alcohol, una exploración física con signos de irritación peritoneal e inestabilidad hemodinámica. Análíticamente presenta aumento de PCR y leucocitosis. En la TC abdominal se objetiva perforación en la anastomosis gastroyeyunal (GY). Tras una estabilización inicial se indica intervención quirúrgica urgente por vía laparoscópica. Se objetiva una úlcera de la anastomosis con perforación en cara Pósterior y peritonitis difusa. Se realiza resección de anastomosis previa y nueva anastomosis GY comprobándose estanqueidad con azul de metileno. Se realiza EGD al octavo día sin fuga y tránsito adecuado. Dado de alta tras concluir antibioterapia de amplio espectro y mejoría de la función pulmonar.

Conclusiones: La úlcera de boca anastomótica se excluye en el seguimiento del BPG mediante endoscopia programada. El tratamiento requiere evitar factores de riesgo, ciclo largo de IBP, y el estudio y erradicación del *H. pylori*. La perforación secundaria es poco frecuente pero potencialmente grave y requiere un alto índice de sospecha, independientemente del tiempo transcurrido desde la cirugía inicial. Las pruebas complementarias, principalmente un TC abdominal con contraste oral, permiten indicar un tratamiento quirúrgico precoz que evite el desarrollo de un cuadro séptico. Hay que tener presente que la valoración del abdomen en los pacientes intervenidos de obesidad es más compleja y oligosintomática hasta fases muy avanzadas. El tratamiento quirúrgico urgente se debe de realizar preferentemente por laparoscopia y, dependiendo de la situación clínica y hemodinámica del paciente, se realizará cirugía de control de daños o resección de la anastomosis previa y nueva anastomosis. Se complementa con antibioterapia de amplio espectro, realizando control radiológico o endoscópico de la neanastomosis previo al alta.

P-019

Estenosis de anastomosis gastroyeyunal tras oagb: una rara complicación a largo plazo. Caso clínico

Comunicaciones Médicas. Póster.

Martinez Moreno, Clara María; Concejo Cutoli, Pilar; Gomez Lopez, Juan Ramon; Atienza Herrero, Javier; Trujillo Diaz, Jeancarlos; Martin Del Olmo, Juan Carlos. Hospital Comarcal.

25/05/2022 18:00 Pantalla 3

Objetivos: El by pass gástrico de una sola anastomosis (OAGB) es una cirugía cada vez más usada para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Se trata de una intervención que asocia un componente restrictivo y un componente malabsortivo, en la que se crea un reservorio gástrico (de mayor tamaño que el realizado en el by pass) y se anastomosa a un asa yeyunal localizada entre 150 y 250 cm del ángulo de Treitz. Existen numerosos estudios que avalan su efectividad en reducir el peso del paciente y las comorbilidades asociadas a la obesidad, así como su baja tasa de complicaciones tanto en el postoperatorio precoz como a largo plazo.

Material y método: Se expone el caso de una paciente intervenida en 2006 y que presenta estenosis de la anastomosis gastroyeyunal sintomática.

Resultados: Mujer de 37 años que acude a Urgencias con cuadro de vómitos incoercibles de varios días de evolución. Refiere antecedentes de cirugía bariátrica en 2006, sin aportar informes que describan la técnica. Ingreso previo hace un año por cuadro de intolerancia oral resuelto de forma conservadora. La paciente presenta datos de malnutrición, con hipoproteïnemia e IMC 18,1.

Se realizan TC abdominal y endoscopia, que informan de la presencia de una marcada estenosis a nivel de anastomosis gastroyeyunal, decidiéndose realizar tratamiento quirúrgico de la misma. Durante la intervención se confirma que la cirugía bariátrica realizada es un OAGB, y se halla una anastomosis gastroyeyunal estenótica y fístula gastrogástrica entre reservorio y antro gástrico. Se realiza resección de la fístula gastrogástrica y de la anastomosis gastroyeyunal con conversión a by pass gástrico con anastomosis en Y Roux.

La paciente presenta buena evolución postoperatoria, con buena tolerancia a reintroducción de dieta oral. Dada de alta a los cinco días de la intervención, sin complicaciones.

Tras un año de seguimiento, la paciente ha ganado peso y no ha vuelto a presentar episodios de intolerancia oral.

Conclusión: La técnica BAGUA se ha convertido en una técnica de cirugía bariátrica cada vez más utilizada en todo el mundo. Las complicaciones a largo plazo descritas en la literatura son bajas, sin embargo la mayoría de estudios realizados presentan un tiempo de seguimiento menor de 5 años. En pacientes que presenten clínica de intolerancia oral asociada a pérdida progresiva de peso, debemos pensar en la posibilidad de estenosis de la anastomosis GY. Tanto la endoscopia como el tránsito baritado o el TC abdominal son pruebas que nos pueden orientar al diagnóstico. Aunque en la literatura se describe la posibilidad de realizar dilataciones endoscópicas como tratamiento, en nuestro caso la cirugía con conversión a by pass gástrico ha demostrado ser una buena solución para esta complicación.

P-055

Incidencia de hernias internas tras bypass gástrico sin cierre de ojales. Revisión de nuestra serie Comunicaciones Médicas. Póster.

**Valbuena Jabares, Victor; Gutierrez, Gonzalo; Caiña, Ruben; Lagunas, Esther; Anderson, Edward Joseph; Toledo, Enrique; Castanedo, Sonia; Garcia Cardo, Juan; Garcia Somacarrera, Elena; Lopez Useros, Antonio.
HUMV.**

26/05/2022 18:00 Pantalla 2

Introducción: Las hernias internas son la causa más frecuente de obstrucción intestinal tras la realización de un bypass gástrico laparoscópico o robótico.

Es importante la sospecha precoz ya que se trata de una complicación frecuente y potencialmente grave. El diagnóstico se puede ver dificultado por la clínica subaguda de dolor abdominal con o sin signos de obstrucción intestinal que es la forma de presentación más frecuente.

Persiste la controversia sobre si es necesario el cierre del defecto mesentérico para disminuir la incidencia de hernias internas después de RYGB

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es analizar la presencia de hernia interna como complicación post quirúrgica en los pacientes sometidos a bypass gástrico simplificado robótico o laparoscópico

Material y métodos: Revisión retrospectiva de la base de datos de cirugía bariátrica sobre los bypass gástricos realizados en nuestro centro durante el periodo 2016-2021.

Resultados: Se analizaron un total de 290 pacientes, de los cuales, 190 fueron intervenidos mediante un abordaje laparoscópico y los 100 restantes mediante cirugía robótica. El 66% fueron mujeres y el 34% hombres. La Edad Media fue 47 ± 9.7 años y el Índice de Masa Corporal (IMC) medio fue de 44 ± 6 Kg/m²

En todos los pacientes se realizó un bypass gástrico simplificado antecólico y no se procedió al cierre de los defectos mesentéricos.

Un total de 2 pacientes presentaron hernia interna como complicación post quirúrgica.

Caso 1: Mujer de 41 años, IMC de 49,98. En 2019 es intervenida de bypass gástrico robótico. Dos años más tarde, presenta dolor abdominal de 24 horas de evolución, vómitos asociados y aumento de reactantes de fase aguda. En la prueba de imagen se objetiva obstrucción a nivel del asa alimentaria. Se realiza laparotomía urgente y resección del asa alimentaria isquémica a 10 cm de la anastomosis gastroyeyunal secundaria a obstrucción en asa ciega por hernia interna mesentérica. Presenta una evolución Pósterior favorable y la estancia hospitalaria fue de 2 días.

Caso 2: Mujer, 63 años edad con un IMC 44,3. Se realiza bypass gástrico laparoscópico en el 2018. Tres meses más tarde, acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos. Destaca discreta leucocitosis. En la prueba de imagen se objetiva dilatación del asa biliopancreática con un cambio de calibre. Se realiza laparoscopia exploradora y se confirma obstrucción del asa biliar secundaria a hernia de Petersen. Se reduce contenido y se realiza cierre del defecto siendo dada de alta al día siguiente.

Conclusiones: El cierre de los defectos mesentéricos y el espacio de Petersen se indica como tratamiento preventivo de herniaciones Pósteriores. Sin embargo, la evidencia sobre el cierre de los defectos mesentéricos creados en el bypass gástrico no exige de su aparición con el tiempo a consecuencia del adelgazamiento de la grasa perivisceral.

En nuestra serie un 0,7 % de los pacientes presenta esta complicación que se puede equiparar a los casos de oclusión aguda de los pacientes a los que se les cierre el defecto (1% - 2,3%).

V-031

Bypass gástrico de una sola anastomosis tras técnica de apollo endoscópica **Comunicaciones Médicas. Vídeo.**

García-Redondo, Manuel¹; Ferrer-Márquez, Manuel¹; Rubio-Gil, Francisco¹; Ferrer-Ayza, Manuel².

¹Hospital Torrecárdenas; ²Clínica Mediterraneo.

25/05/2022 18:30 Sala D

Objetivos: La creciente prevalencia de la obesidad la ha convertido en una pandemia a nivel mundial que afecta por igual a niños y adultos. Genera un impacto negativo en la sociedad a diferentes niveles, como por ejemplo un aumento de los costes sanitarios debido a las comorbilidades que la acompañan. Actualmente, la cirugía bariátrica ha demostrado ser el único método eficaz y duradero para abordar este problema. A pesar de esto, se calcula que solamente el 1-2% de los pacientes candidatos a la cirugía bariátrica hacen uso de ella cada año. Algunos pacientes eligen técnicas endoscópicas como alternativa a la cirugía, debido a su menor coste y por ser un método menos invasivo. La gastroplastia vertical endoscópica mediante técnica de Apollo utiliza una sutura continua transmural, desde antro prepilórico hasta unión gastroesofágica. Consigue reducir la luz gástrica, imitando a la gastrectomía vertical laparoscópica.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 36 años con un IMC de 47,5 Kg/m², quien acude a nuestra consulta para el tratamiento de obesidad mórbida. Entre sus antecedentes destaca la realización de una gastroplastia vertical endoscópica mediante técnica de Apollo en 2018.

Resultados: Tras la evaluación por el equipo de cirugía bariátrica se decide la realización de un bypass gástrico de una sola anastomosis. El tiempo quirúrgico fue de 36 minutos, y la intervención transcurrió sin incidencias destacables. A primera vista destaca un conjunto adherencial dispuesto de manera lineal a lo largo de toda la curvatura mayor gástrica, siguiendo la línea de la sutura endoscópica. Durante la sección de dichas adherencias se descubren restos de sutura que anclan estómago a peritoneo. Se identifica y disecciona el ángulo de His. Utilizando endograpadora realizamos la primera sección gástrica próxima a la cisura angularis. Guiándonos con la sonda de Faucher completamos nuestro reservorio gástrico, en este momento se hace patente la pared engrosada debido a la técnica de Apollo, la superficie es cruenta. A 200 cm desde el ligamento de Treitz será el punto donde se realizará la anastomosis gastroyeyunal. Al realizar el ojal donde entrará la endograpadora aparece de nuevo la sutura previa, que lo hace más difícil. El cierre de la enterogastrostomía se realiza con barbada 2-0, así como el refuerzo de la anastomosis. Finalmente se verifica la estanqueidad con azul de metileno.

Conclusiones: Los metaanálisis más recientes sobre la eficacia de la gastroplastia vertical laparoscópica muestran una pérdida de peso a los 12 meses alrededor del 16%, y un 59% de pérdida de exceso de peso al año de seguimiento. El descenso del IMC fue de 5,65 kg/m². A pesar de ello, la cirugía laparoscópica sigue siendo la técnica de elección. La bibliografía habla de un 2% de efectos adversos severos. En este vídeo mostramos la posibilidad de conversión a una cirugía bariátrica convencional en caso de aparecer dichos efectos o si los resultados de la técnica no fuesen satisfactorios.

V-053

Dolor abdominal crónico secundario a torsión del pie de asa, tras cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Vídeo.

Lavín Montoro, Lucía¹; García Picazo, Alberto¹; Gómez Rodríguez, Pilar¹; Pérez Zapata, Ana²; Alegre Torrado, Cristina¹; Fernández Fernández, Clara¹; Fernández Noel, Silvia¹; Rodríguez Cuellar, Elías¹; De La Cruz Vigo, Felipe¹; Ferrero Herrero, Eduardo².

¹Hospital Universitario 12 de Octubre; ²Hospital Universitario 12 de Octubre.

26/05/2022 18:30 Sala D

Objetivos: La torsión del mesenterio a nivel del pie de asa es una causa infrecuente de dolor abdominal crónico tras cirugía bariátrica. Etiológicamente puede deberse a disfunción mecánica o funcional de la anastomosis entre el asa bilio-pancreática y la digestiva, estas alteraciones se podrían ver favorecidas por la elongación del mesenterio, derivada de la pérdida de grasa intraabdominal. El diagnóstico se establece con el TAC abdominal con contraste, pudiéndose observar el “signo del remolino”, el cual es altamente sugestivo de torsión del mesenterio. El tratamiento es quirúrgico, realizándose la reversión de la torsión mesentérica si fuera posible y en casos desfavorables, se recomienda rehacer el pie de asa. Nuestro objetivo es el análisis y revisión bibliográfica de esta etiología como causa de dolor abdominal crónico tras la realización de cirugía bariátrica.

Material y métodos: Se trata de una paciente de 45 años, intervenida en 2015 de bypass gástrico laparoscópico por obesidad mórbida (IMC=45). Fue remitida en 2021 para estudio de un dolor epigástrico de un año de evolución, que mejoraba tras ingesta, con periodicidad alternante (tres veces por semana). Además, se asociaba a sensación nauseosa, así como ligera distensión abdominal y dificultad en la deposición. La exploración física, pruebas complementarias (analítica sanguínea y gastroscopia) no habían revelado alteraciones, por lo que se solicitó un TAC abdominal, en el se objetivó el “signo del remolino” a nivel del pie de asa.

Resultados: Debido a este hallazgo y a la clínica persistente, se decidió realizar una laparoscopia exploradora, objetivándose una torsión del meso del asa biliopancreática a nivel del pie de asa, en posible relación con una alteración estructural de la anastomosis y la ausencia de cierre de la brecha mesentérica. Debido a la presencia de posible compromiso vascular, se realizó la resección de la anastomosis previa y se efectuó una nueva anastomosis del asa biliopancreática con el asa digestiva y cierre de la brecha mesentérica entre ambas. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, con adecuada tolerancia oral, siendo dada de alta al segundo día postoperatorio, encontrándose actualmente asintomática.

Conclusión: La torsión del meso a nivel del pie de asa es una causa infrecuente de dolor abdominal crónico tras cirugía bariátrica. La etiología es multifactorial, siendo lo más frecuente alteraciones estructurales en la anastomosis del pie de asa. Su diagnóstico es un reto clínico debido a su inespecificidad y no es infrecuente que sea intraoperatorio. La reversión de la torsión o la realización de una nueva anastomosis son la clave terapéutica.

P-075

Pseudoacalasia como complicación a largo plazo tras colocación de Banda Gástrica Comunicaciones Médicas. Póster.

Diego Alonso, Elisa Ángela¹; Hernández Cosido, Lourdes¹; Abdel-Lah Fernández, Omar¹; Jimenez Vaquero, Isidro¹; Rodríguez Rivas, Anggie¹; Rodríguez García, Raquel¹; Sanchez Lara, Emmanuel²; Garrosa Muñoz, Sonsoles¹; Parreño Manchado, Felipe¹; Muñoz Bellvis, Luis¹.

¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; ²Hospital de El Bierzo.

27/05/2022 10:30 Pantalla 2

Introducción: La banda gástrica es un procedimiento bariátrico restrictivo cuyo uso se ha visto cada vez más limitado por la alta tasa de fracaso en la pérdida ponderal y de complicaciones asociadas.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 72 años con antecedente de colocación de banda gástrica en 2001 que consulta en urgencias por dolor irradiado a epigastrio acompañado de náuseas y reflujo gastroesofágico de 7 días de evolución. En la anamnesis refiere episodios ocasionales de reflujo gastroesofágico y tos que ceden con la ingesta de agua. Se realiza TAC torácico en el que presenta dilatación esofágica sin objetivar causa obstructiva.

Durante el ingreso hospitalario se solicita gastroscopia en la que se informa de disminución de calibre a nivel de cardias, en la localización de la banda gástrica.

Se intenta disminuir la presión de la banda gástrica mediante punción percutánea, sin éxito, por lo que se propone retirada de la banda gástrica. La paciente rechaza el tratamiento quirúrgico, por lo que es dada de alta con seguimiento ambulatorio.

Discusión: La banda gástrica es una técnica restrictiva sencilla y asociada a muy baja morbilidad perioperatoria (en centros de referencia, en torno al 1-2%). Sin embargo, la tasa de complicaciones a medio-largo plazo, entre las que se encuentra la dilatación del reservorio gástrico, migración de la banda gástrica, erosión gástrica y alteraciones de la motilidad esofagogástrica, pueden llegar a ser hasta del 37%, lo que unido al fracaso en la pérdida ponderal (EWL 49% en diez años y tasa de fallo a largo plazo del 40-70%), conlleva frecuentemente a la necesidad de cirugía de revisión.

Conclusión: La banda gástrica es un procedimiento bariátrico restrictivo cada vez menos utilizado debido, fundamentalmente, a la alta tasa de fallo a largo plazo.

Son poco frecuentes las complicaciones perioperatorias de la banda gástrica; a medio-largo plazo, pueden producirse alteraciones de la motilidad esófago-gástrica, dilatación del reservorio, migración de la banda gástrica o erosión, que obliguen a la retirada del dispositivo.

P-015

Hernia interna en mujer gestante de embarazo gemelar de 22 semanas intervenida de bypass gástrico. A propósito de un caso.

Comunicaciones Médicas. Póster.

Iraola Fernandez De Casadevante, Maria; Rodriguez Gonzalez, Araceli; De Ariño Hervás, Itziar; Echeveste Varela, Ainhoa; Arrabal Agüera, Lorena; Martí Gelonch, Laura; Talavera Urquijo, Eider; Eizaguirre Letamendia, Enma; Asensio Gallego, Jose Ignacio; Enriquez Navascués, Jose Maria.

Hospital Universitario Donostia.

25/05/2022 18:00 Pantalla 3

Objetivo: presentar el caso de una mujer gestante (embarazo gemelar) de 22 semanas con antecedente de bypass gástrico que presenta una hernia interna, destacando la importancia del diagnóstico y cirugía precoces para evitar la morbilidad y mortalidad asociadas.

Material y método: Revisión bibliográfica de casos de mujeres con antecedentes de cirugía bariátrica y embarazadas que presentan complicaciones derivadas de la misma, como la hernia interna.

Resultados: Presentamos el caso de una mujer de 34 años, gestante en la 22^o semana de embarazo gemelar, intervenida de bypass gástrico laparoscópico hace 10 años que consulta en Urgencias por dolor abdominal epigástrico, asociando náuseas y vómitos de 15 días de evolución. Presentó episodios similares previos al embarazo con resolución espontánea. A la exploración está taquicárdica, sudorosa, presenta febrícula y dolor abdominal con defensa generalizada. En la analítica sanguínea destaca la elevación de parámetros infeccioso-inflamatorios. Se realiza un TC abdominal en el que se visualiza una imagen sugestiva de hernia interna con asas de intestino delgado isquémicas a nivel de meso-epigastrio. Se somete a la paciente a intervención quirúrgica urgente vía laparotómica, hallando una herniación de todo el intestino delgado entre el asa alimentaria en posición antecólica y colon transverso, con signos de isquemia intestinal que recuperan tras la reducción de la hernia, realizando el cierre de la brecha mesentérica con puntos sueltos de sutura irreabsorbible. La paciente presenta inestabilidad hemodinámica con necesidad de drogas vasoactivas y elevación de parámetros infeccioso-inflamatorios tras la cirugía, produciéndose la expulsión de los 2 fetos de forma espontánea a las 10 h de la cirugía. Se han publicado múltiples reportes de casos y series de casos de complicaciones de cirugía bariátrica en mujeres gestantes, siendo la hernia interna la principal. Cabe destacar la importancia de presentar una alta sospecha diagnóstica, pudiendo recurrir a la realización de pruebas complementarias como el TC abdominal durante el 2^o y 3^o trimestres de embarazo de forma segura en caso de duda diagnóstica. Está descrito el abordaje laparoscópico en este tipo de casos, siendo necesario un equipo experimentado para su realización.

Conclusión: Es importante conocer las complicaciones quirúrgicas urgentes derivadas de la cirugía bariátrica, como la hernia interna, que al presentarse en pacientes gestantes suponen un desafío diagnóstico. El tratamiento de la hernia interna es la cirugía urgente, pudiendo realizarse por acceso laparoscópico o laparotómico.

O-059

Bypass gástrico laparoscópico: análisis de efectividad en cuanto a pérdida de peso y resolución de complicaciones Comunicaciones médicas. Oral.

Jiménez Higuera, Elisa; Gil Redondo, Aurora; Sánchez Peláez, Daniel; Martínez Pinedo, Carlos; Fernández Camuñas, Ángel; Ruiz García, Pablo; Barbero Valenzuela, Alejandro; Fernández Elvira, Elena; Picón Rodríguez, Rafael; Martín Fernández, Jesús.

Hospital General.

26/05/2022 12:30 Sala A

Objetivo: Valorar la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía de bypass gástrico en nuestro centro.

Material y método: Estudio retrospectivo de la base de datos prospectiva de cirugía bariátrica en nuestro hospital. Se incluyen pacientes intervenidos mediante técnica de bypass gástrico entre enero del 2000 y diciembre del 2020. Se analizan los cambios ponderales mediante el porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) y el porcentaje de peso total perdido (%PTP) a lo largo del seguimiento. Se analiza el porcentaje de pacientes con pérdida adecuada (% EPP \geq 50%) e insuficiente (% EPP<50%) y las diferencias entre ellos.

Resultados: Se han intervenido de bypass gástrico un total de 689 pacientes, 74% mujeres, con una edad media de 42 años y con un IMC medio preoperatorio de 47,48 Kg/m². La media del % EPP es de 74,70% al año, 77,20% al año y medio, 76,58% a los 2 años, 72,62% a los 3 años, 69,25% a los 4 años y de 66,19% a los 5 años.

Al año y medio de la cirugía el % EPP es mayor del 50% en el 93% de los pacientes, mayor de 70% en 65% de los pacientes y por encima de 90% en el 24% de los pacientes. Analizando las diferencias entre los pacientes con pérdida adecuada e insuficiente al año y medio encontramos diferencias significativas en cuanto a edad, presencia de diabetes preoperatoria y actividad física en el postoperatorio.

Conclusiones: Los resultados en cuanto a pérdida ponderal son óptimos a medio plazo. Se debe analizar a más largo plazo si se mantiene esta pérdida de peso.

		1 AÑO	1.5 AÑOS	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS
Nº pacientes		598	569	524	438	363	325
% EWL	Media	74.70%	77.20%	76.58%	72.58%	69.25%	66.19%
	DE	\pm 16.64	\pm 17.99	\pm 19.13	\pm 19.86	\pm 21.03	\pm 21.11
% TWL	Media	34.50%	35.69%	35.39%	33.60%	32.17%	30.50%
	DE	\pm 7.45	\pm 8.28	\pm 8.85	\pm 9.22	\pm 10.06	\pm 9.88
Éxito (\geq50%)		558 (93.3%)	529 (93%)	469 (89.5%)	380 (86.8%)	304 (83.7%)	249 (76.9%)
Fracaso (<50%)		40 (6.7%)	40 (7%)	55 (10.5%)	58 (13.2%)	59 (16.3%)	75 (23.1%)

O-039

Calculadoras de riesgo, ¿pueden ayudar a decidir el procedimiento quirúrgico? Comunicaciones Médicas. Oral.

Diego Alonso, Elisa Ángela; Hernández Cosido, Lourdes; Abdel-Lah Fernández, Omar; Rodríguez Rivas, Anggie; Jiménez Vaquero, Isidro; Rodríguez García, Raquel; Herranz Ruiz, Marina; Montalban Valverde, Pedro; Parreño Manchado, Felipe; Muñoz Bellvis, Luis.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

26/05/2022 09:00 Sala A

Introducción: La cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz y duradero para la obesidad y sus comorbilidades; no obstante, los pacientes obesos presentan un aumento del riesgo quirúrgico inherente al sobrepeso y las patologías asociadas.

Las calculadoras de riesgo quirúrgico, como la ACS NSQIP Surgical Risk Calculator, pueden ser una herramienta útil en el momento de seleccionar la técnica quirúrgica.

Material y métodos: Se registra una cohorte de 29 pacientes adultos con IMC>35 propuestos para cirugía bariátrica, aplicando el cuestionario ACS NSQIP Surgical Risk Calculator para comparar el riesgo estimado en Gastrectomía Tubular Laparoscópica (GTL) y Bypass en Y de Roux Laparoscópico (BPYRL).

Resultados: Tras la aplicación del cuestionario ACS NSQIP Surgical Risk Calculator, los resultados de riesgo de morbilidad total y mortalidad fueron del 3,13% y 0,024% respectivamente para GTL y del 6,4% y 0,093% respectivamente para BPYRL, con un riesgo de complicaciones graves del 2,46% en GTL y del 4,97% en BPYRL.

En el caso de GTL, las complicaciones que se estiman con mayor frecuencia son la infección del sitio quirúrgico (Riesgo estimado 1,15%), seguido de infecciones urinarias (riesgo estimado 0,46%) y enfermedad tromboembólica venosa (riesgo calculado (0,386%).

En el caso de BPYRL, las complicaciones que se estiman con mayor frecuencia son la infección del sitio quirúrgico (Riesgo estimado 2,85%), seguido de infecciones urinarias (riesgo estimado 0,72%) y sepsis (riesgo calculado (0,67%).

Discusión: La posibilidad de disponer de escalas validadas que estimen el riesgo quirúrgico ofrece información individualizada y permite identificar pacientes con mayor riesgo de morbimortalidad, así como predecir las complicaciones médico-quirúrgicas para las que presenta una mayor susceptibilidad.

Se han propuesto diversas escalas adaptadas a la cirugía bariátrica (DeMaria, LABS, Metabolic Acuity Score...) que contribuyan a la toma de decisiones médicas y permitan optimizar el tratamiento de pacientes que, por las comorbilidades asociadas a la obesidad, presentan un riesgo elevado de morbimortalidad perioperatoria. La ventaja de ACS NSQIP Surgical Risk Calculator es que se trata de un cuestionario rápido y con información accesible en la historia clínica, con resultados ampliamente validados.

Conclusión:

- Los cuestionarios de riesgo quirúrgico pueden proporcionar información útil en la toma de decisiones sobre la técnica quirúrgica a realizar.
- Se puede predecir el riesgo de complicaciones a través de los resultados proporcionados por las calculadoras de riesgo quirúrgico.
- En nuestro estudio, los pacientes presentan mayor riesgo de complicaciones tras la realización de BPYRL que tras GTL, con una mortalidad que puede ser hasta 5 veces superior.

O-017

Factores predictores del tratamiento de la úlcera marginal, en cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Oral.

Fernández Noël, Silvia; Garcia Picazo, Alberto; Pérez Zapata, Ana; Lavín Montoro, Lucía; Carmon Gómez, Victoria; Vega Novillo, Viviana; Gómez Rodríguez, Pilar; Rodríguez Cuéllar, Elias; De La Cruz Vigo, Felipe; Ferrero Herrero, Eduardo.
Hospital Universitario 12 de octubre.

25/05/2022 15:30 Sala A

Objetivos: Las complicaciones de la cirugía bariátrica son poco frecuentes (10%), siendo la mayoría tardías, como es la úlcera marginal (UM). La fisiopatología de la UM es múltiple, destacando la hipersecreción ácida o el tamaño excesivo del reservorio gástrico. Además, se relaciona con el tabaquismo, diabetes mellitus tipo 2 (DM-II), consumo de AINES e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), hipertensión arterial (HTA) y la infección por *Helicobacter Pylori* (HP). Su localización más frecuente es la vertiente yeyunal, próxima a la anastomosis gastroyeyunal. La clínica predominante es el dolor epigástrico (50%), seguido de hemorragia digestiva alta (HDA) (30%) y náuseas o vómitos (20%). El manejo terapéutico inicial es médico, con el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP), mientras que el tratamiento quirúrgico, se reserva para casos refractarios, recidivantes o complicaciones agudas. Nuestro objetivo es determinar qué factores influyen en la respuesta al tratamiento de la UM.

Material y métodos: Se desarrolló un estudio observacional, analítico y retrospectivo, sobre pacientes sometidos a Bypass gástrico por obesidad entre enero 2011 y febrero de 2022 que presentaron como complicación UM. Los pacientes fueron categorizados en relación a su respuesta favorable (Grupo A) o desfavorable (Grupo B) al tratamiento médico, requiriendo este último tratamiento quirúrgico. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y complicaciones, así como la evolución Pósterior. Las variables se analizaron mediante Stata versión 16, estableciendo los resultados estadísticamente significativos si la $p < 0,05$.

Resultados: El estudio incluyó 21 pacientes. El grupo A representó el 61,90%, respecto al B (38,10%). El tratamiento médico se compuso de IBP en monoterapia (57%) o asociado a sucralfato (43%), mientras que el quirúrgico consistió principalmente en la reanastomosis gastroyeyunal con disminución del tamaño del reservorio gástrico mediante laparoscopia (85%). En ambos grupos se observó una prevalencia del sexo femenino (A:61,5%; B:75%), así como en la sintomatología predominante, que fue náuseas y vómitos (A:61,5%; B:100%), dolor epigástrico (A:54%; B:75%) y HDA (A:58,3%; B:37%) $p < 0,05$. Respecto a los factores de riesgo, se objetivó una distribución similar en ambos grupos, destacando: una mayor prevalencia de infección por HP en el grupo A (53,8%) frente al B (37,5%), tabaquismo (A:61%; B:50%), DM-II (A:53%; B:50%) y en la toma de ISRS y AINES (A: 61,5% y 23%; B: 37,5% y 0%), sin embargo, predominaba en el grupo B el antecedente de gastritis previa (100%), respecto al A (92%), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas. Mediante el análisis de regresión logística no se pudo establecer asociación de los factores de riesgo anteriormente expuestos con el desarrollo de la UM.

Conclusión: La UM es una complicación relativamente común, en la cirugía bariátrica. No se ha podido establecer los factores predictores del tratamiento de la UM. Por ello se necesitarían más estudios para determinar qué factores de riesgo podrían estar involucrados la aparición de UM y su respuesta Pósterior al tratamiento.

P-088

Úlcera marginal secundaria a cirugía bariátrica, nuestra experiencia en un hospital de tercer nivel Comunicaciones Médicas. Póster.

Fernández Noël, Silvia; García Picazo, Alberto; Pérez Zapata, Ana; Carmona Gómez, Victoria; Lavín Montoro, Lucia; Gonzalez Martín, Rosa; Gómez Rodríguez, Pilar; Rodríguez Cuéllar, Elias; De La Cruz Vigo, Felipe; Ferrero Herrero, Eduardo. Hospital Universitario 12 de Octubre.

27/05/2022 10:30 Pantalla 3

Objetivos: El bypass gástrico en Y de Roux (BGRY) es una técnica habitualmente empleada en cirugía bariátrica, sin embargo, no está exento de complicaciones como la úlcera marginal (UM), con una incidencia variable (1-16%). La etiopatogenia es multifactorial, relacionándose con factores personales como tabaquismo, toma de AINES o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), diabetes mellitus tipo 2 (DM-II), hipertensión arterial (HTA) y la infección por *Helicobacter Pylori* y funcionales como la hipersecreción ácida o el tamaño del reservorio gástrico. La sintomatología es el dolor epigástrico, hemorragia digestiva alta (HDA) y náuseas o vómitos. El manejo terapéutico, se fundamenta en los inhibidores de la bomba de protones (IBP) y en casos de refractariedad o recidiva el tratamiento quirúrgico. Nuestro objetivo es describir los factores asociados a la UM en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, en donde se recogieron todos los pacientes intervenidos de BGRY entre 2011-2022 que presentaron como complicación UM. Se seleccionaron variables demográficas, antropométricas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento, así como la evolución Pósterior. Las variables se analizaron mediante Stata versión 16.

Resultados: Se recogieron 743 pacientes, de los cuales 21 desarrollaron UM como complicación (2,82%). El sexo predominante fue el femenino (66,66%), la mediana de edad al diagnóstico fue de 54 años (51-58). El IMC previo al diagnóstico fue de 42,24 (39-45) y al diagnóstico de 30 (25-35). Los factores de riesgos más prevalentes fueron la gastritis previa (95%), tabaquismo (57%), DM-II (52%), infección por *Helicobacter Pylori* (46,6%) y la toma de ISRS (52,38%). La clínica más frecuente fueron las náuseas o vómitos (76%), epigastralgia (61%) y hemorragia digestiva alta en forma de hematemesis (50%). Todos los pacientes se diagnosticaron mediante gastroscopia, en la misma, el 90% de la UM se objetivó en a la anastomosis gastroyeyunal. La mediana de tiempo al diagnóstico tras la cirugía fue de 13 meses (7-21). La presencia de fístula gastrogástrica fue infrecuente (9,52%). El tratamiento médico se basó en IBP en monoterapia (57%) o asociado a sucralfato (23,81%), durante al menos 7 meses (4-14), siendo efectivo en el 61,9% de los pacientes. Los 38,1% restantes, en los que no lo fue, requirieron tratamiento quirúrgico, siendo la reanastomosis gastroyeyunal con disminución del tamaño del reservorio gástrico (85%), mediante laparoscopia el procedimiento de elección en la mayor parte de los casos (85%), con una mediana de tiempo quirúrgico de 245 minutos (240-270). No se objetivaron reintervenciones ni complicaciones postoperatorias, siendo dados de alta al 4 día (4-8). En la evolución Pósterior la mayoría se mantuvo asintomático (85%).

Conclusión: La UM es una complicación a tener en cuenta tras la realización de un BGRY. Su fisiopatología es multifactorial y en muchos casos desconocida, por ello se necesitarían más estudios para determinar qué factores de riesgo podrían estar involucrados en su aparición, sobre todo aquellos modificables, para fomentar su prevención.

O-067

Gastrectomía tubular laparoscópica en pacientes de alto riesgo: resultados a largo plazo y predictores de éxito Comunicaciones médicas. Oral.

Fernández Camuñas, Ángel; Gil-Rendo, Aurora; Martínez Pinedo, Carlos; Sánchez Peláez, Daniel; Jiménez Higuera, Elisa; Ruiz García, Pablo; Barbero Valenzuela, Alejandro; Martínez-De Paz, Fernando; Menchén Trujillo, Bruno; Martín Fernández, Jesús.

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

26/05/2022 18:30 Sala A

Objetivos: La obesidad se trata de una enfermedad crónica que asocia comorbilidades graves y potencialmente mortales a largo plazo. La cirugía bariátrica ha sido reconocida como la modalidad de tratamiento a largo plazo más efectiva para la obesidad severa, cuya eficacia depende de la durabilidad de la pérdida de peso y la mejora de las comorbilidades. Entre los diversos procedimientos bariátricos, la gastrectomía tubular laparoscópica (GTL) ha ganado popularidad como un procedimiento bariátrico independiente y definitivo, pero existen pocos estudios que proporcionen resultados a largo plazo en pacientes de alto riesgo (edad avanzada, obesidad extrema y graves comorbilidades). Se realiza este estudio retrospectivo con el fin de revisar nuestra experiencia en la GTL, su eficacia a largo plazo como procedimiento definitivo para pacientes obesos de alto riesgo y estudiar los factores que predicen su éxito.

Material y métodos: Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de datos recopilados prospectivamente de 134 pacientes de alto riesgo sometidos a GTL desde enero de 2007 hasta diciembre de 2016 (el 27 % de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica en nuestro centro). Se analizó la morbilidad y la mortalidad, la pérdida de peso a largo plazo y la resolución de comorbilidades.

Resultados: 134 pacientes de alto riesgo fueron sometidos a GTL. El tiempo medio de seguimiento global fue de $70,9 \pm 4,5$ meses. La edad media fue de $47 \pm 11,0$ años. El índice de masa corporal (IMC) preoperatorio medio fue de $55,9 \pm 6,7$ Kg/m² (el 60,4% eran súper obesos y el 24,6% tenían IMC ≥ 60). La incidencia de complicaciones postoperatorias fue del 15%. La media del porcentaje de peso total perdido (%PTP) a los 5, 6, 7 y 8 años fue de $30,7 \pm 12,8\%$, $28,7 \pm 14,0\%$, $29,7 \pm 12,3\%$ y $27,9 \pm 11,1\%$, respectivamente.

Comparando los pacientes con pérdida de peso adecuada a los 4 años - con porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) ≥ 50 - con aquellos con pérdida de peso insuficiente (%EPP < 50), se encontraron diferencias significativas en edad, IMC preoperatorio, tiempo para alcanzar el peso nadir y %EPP en la revisión del primer año postoperatorio.

Mediante el análisis de regresión multivariante, solo la edad ($p = 0,009$) y el tiempo para alcanzar el peso nadir después de la cirugía ($p = 0,008$) se correlacionaron con el %EPP a los 4 años.

La tasa de mortalidad en esta serie es superior a la publicada por otros autores y encontramos que el 7,4% de los pacientes desarrollaron enfermedad por reflujo gastroesofágico de novo después de la GTL. A pesar de ello, las comorbilidades relacionadas con la obesidad disminuyeron después de la cirugía. Se consiguió la mejor tasa de remisión para la diabetes mellitus tipo 2 (D^{M2}), lográndose su resolución en el 62,2% de los pacientes.

Conclusiones: Este estudio apoya la efectividad y durabilidad de la GTL como procedimiento bariátrico definitivo en pacientes de alto riesgo. Los individuos incluidos en este estudio lograron una pérdida sustancial de peso y una mejora general en su estado de salud.

P-076

Leiomioma gástrico como hallazgo casual durante un procedimiento de cirugía bariátrica laparoscópica Comunicaciones médicas. Póster.

Fernández Camuñas, Ángel; Martínez Pinedo, Carlos; Sánchez Peláez, Daniel; Jiménez Higuera, Elisa; Ruiz García, Pablo; Barbero Valenzuela, Alejandro; Gil-Rendo, Aurora; Martínez-De Paz, Fernando; Menchén Trujillo, Bruno; Martín Fernández, Jesús.

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

27/05/2022 10:30 Pantalla 2

Objetivos: Actualmente, la cirugía bariátrica es el método más eficaz y permanente utilizado en el tratamiento de la obesidad. Esto ha llevado a un aumento en la demanda de este tipo de intervenciones y al incremento de hallazgos incidentales durante el procedimiento, como tumores mesenquimales entre los que destacan el tumor del estroma gastrointestinal (GIST) y leiomiomas gástricos.

A pesar de que su hallazgo es poco común, surge la cuestión sobre la realización de un procedimiento endoscópico diagnóstico preoperatorio de rutina. Este todavía es un tema controvertido, puesto que no se han llegado a consensuar unas pautas comunes entre las Sociedades Europeas y Americana. Otro problema que se plantea, es el potencial riesgo de malignidad de la lesión hallada, ya que tendrá prioridad en la repercusión sobre la salud del paciente. Aun así, no se deben ignorar las comorbilidades que acompañan a la obesidad y la eficacia de la cirugía bariátrica en su resolución. Por lo tanto, si una lesión puede extirparse con márgenes libres y el análisis intraoperatorio de la misma es favorable, los beneficios de la cirugía bariátrica justifican la finalización del procedimiento. La decisión de extirpar el tumor en un segundo tiempo debe tomarse en caso de modificaciones sustanciales del procedimiento bariátrico planeado, en función del tamaño y la ubicación del tumor.

Material y métodos: Caso reportado de nuestro centro en diciembre de 2019 seguido de una revisión bibliográfica sobre el diagnóstico incidental de lesiones mesenquimales durante la cirugía bariátrica.

Resultados: Paciente mujer de 44 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y hernioplastia umbilical, derivada del Servicio de Endocrinología para valoración de cirugía bariátrica tras múltiples intentos fallidos de pérdida ponderal. Asocia artralgias generalizadas, pirosis ocasional y somnolencia diurna. A la exploración física destaca obesidad ginoide, peso inicial de 149 Kg, talla 169 cm, Índice Cintura-Cadera 131/162 y un IMC de 52.

Siguiendo el protocolo de estudio de cirugía bariátrica de nuestro centro, se realizó gastroscopia con toma de biopsias, tránsito esofagogastroduodenal y ecografía abdominal, sin apreciarse hallazgos que contraindiquen la cirugía e intervenida un año tras la primera consulta.

Se realizó bypass gástrico laparoscópico con reconstrucción en Y de Roux. Durante el procedimiento quirúrgico, caudal a la zona de sección del pouch gástrico, se halla una lesión gástrica intramural redondeada de 1 cm de diámetro, que se secciona con EndoGia 60 mm morada. El resultado anatomopatológico informa de leiomioma gástrico (Ki-67 <1%) con bordes quirúrgicos libres. La paciente es dada de alta al tercer día postoperatorio sin complicaciones asociadas. Dos años tras la intervención presenta favorable evolución, con IMC de 25,5 y resolución de comorbilidades.

Conclusiones: El estudio preoperatorio de lesiones en el tracto digestivo superior previo a una intervención de cirugía bariátrica mediante técnicas endoscópicas, permite la selección de la técnica quirúrgica, predicción de un procedimiento adicional e incluso la cancelación de la cirugía. A pesar de ello, se pueden observar patologías inesperadas durante la intervención y el cirujano debe conocer su manejo para abordarlo de la manera más eficaz y eficiente posible.

V-002

Conversión laparoscópica de una gastrectomía tubular a by-pass gástrico Comunicaciones médicas. Vídeo.

Fernández Elvira Elvira, Elena; Martínez De La Paz, Fernando; Martínez Pinedo, Carlos; Jiménez Higuera, Elisa; Sanchez Pelaez, Daniel; Fernandez Camuñas, Angel; Ruiz Garcia, Pablo; Gil Rendo, Aurora; Menchen Trujillo, Bruno; Martín Fernández, Jesus.

Hospital General Ciudad Real.

25/05/2022 12:30 Sala D

Objetivos: Mostrar la técnica de conversión de gastrectomía tubular en nuestro centro para fallo ponderal.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 28 años de edad con superobesidad mórbida (IMC=60), intervenida de gastrectomía tubular y colecistectomía laparoscópicas, siendo programada para cirugía en dos tiempos. Pasado un año tras la cirugía la paciente había obtenido una pérdida de exceso de IMC del 54%, con mejoría de todas sus comorbilidades, estabilizándose en 41 Kg/m² a lo largo del 2º año postoperatorio. Mostramos nuestra técnica de conversión laparoscópica a un bypass gástrico distal (BGL). En primer lugar y, después de la necesaria adhesiolisis gastrohepática y gastroepiploica, realizamos la sección del tubular gástrico por debajo de la segunda arcada vascular. Procedemos a la realización de la anastomosis gastroyeyunal latero-lateral mecánica con endograpadora a 50 cm. del asa fija. Seguidamente realizamos la anastomosis yeyuno-yeyunal latero-lateral también de forma instrumental con 150 cm. del asa alimentaria. El tiempo quirúrgico fue de 90 minutos y la paciente fue dada de alta al 4º día postoperatorio. A los dos años de la intervención, presenta un IMC = 33 Kg/m².

Resultados: La gastrectomía tubular se ha extendido en los últimos años entre los cirujanos bariátricos por ser una técnica reproducible y segura sobre todo en pacientes de alto riesgo, bien como cirugía en dos tiempos (cruce duodenal o by pass gástrico), bien como técnica aislada debido a su menor complejidad técnica y buenos resultados en cuanto a morbimortalidad y pérdida ponderal.

Tanto el BGL como la gastrectomía tubular han mostrado resultados ponderales adecuados, así como un impacto positivo en la resolución de comorbilidades. El BGL se ha mostrado significativamente superior respecto a la resolución de HTA, SAOS y ERGE.

La relación entre IMC y la incidencia de complicaciones perioperatorias ha sido demostrada ampliamente en la literatura, por lo que la cirugía en dos tiempos puede ser una alternativa útil en estos pacientes.

En nuestro centro se indica actualmente la conversión en los pacientes que dos años tras la primera cirugía mantienen los criterios de inclusión para cirugía bariátrica.

Conclusión: La cirugía bariátrica en dos tiempos en pacientes superobesos mórbidos puede suponer un descenso en la morbimortalidad perioperatoria. Creemos que la conversión de un tubular gástrico a BGL puede ser realizada con seguridad y efectividad por vía laparoscópica.

V-003

Conversión de tubular a bypass por reganancia ponderal Comunicaciones médicas. Vídeo.

Martínez Pinedo, Carlos; Sánchez Peláez, Daniel; Jiménez Higuera, Elisa; Fernández Camuñas, Ángel; Ruiz García, Pablo; Barbero Valenzuela, Alejandro; Menchén Trujillo, Bruno; Gil Rendo, Aurora; Martínez De Paz, Fernando; Martín Fernández, Jesús.

Hospital General.

25/05/2022 12:30 Sala D

Objetivos:/Introducción: La Gastrectomía Tubular comienza siendo un primer tiempo de la cirugía bariátrica en paciente superobesos y como alternativa dentro del arsenal bariátrico. Actualmente se realiza tanto como el Bypass gástrico y sus resultados son similares en términos ponderales y de resolución de comorbilidades. Aun así, existen casos de RGE mal tolerados, insuficiente pérdida ponderal o escasa resolución de comorbilidades que indican el fracaso de la técnica. En esos casos, la conversión a un bypass gástrico suele ser la técnica quirúrgica elegida.

Material y método: Mujer 49 años con antecedentes personales de HTA con cardiopatía hipertensiva, dislipemia y diabetes Mellitus tipo II. Intervenciones quirúrgicas: Ligadura de trompas, apendicetomía, Cesárea.

Obesidad Mórbida con peso preoperatorio 147 Kg, IMC: 59.

Se realiza Gastrectomía Tubular Laparoscópica desde 6 cm de píloro hasta Hiss, sobre sonda 36Fr. En el seguimiento, tras pérdida adecuada en el primer año, se objetiva reganancia de peso. Al final del 2º año presenta IMC de 56 kg/m² aunque con mejoría de comorbilidades.

Debido a ello, se realiza Bypass gástrico laparoscópico distal.

La paciente presenta buena evolución postoperatoria, así como en el seguimiento ambulatorio.

Discusión: La Gastrectomía Tubular Laparoscópica se realiza casi con tanta frecuencia en Europa como el bypass laparoscópico, para el tratamiento de la obesidad mórbida. Con tendencia a mayor frecuencia de la primera debido técnica más sencilla y con menos riesgos quirúrgicos.

La pérdida de peso inadecuada o la recuperación de peso, así como y la enfermedad por reflujo gastroesofágico, que no responden al tratamiento médico, son las dos indicaciones más comunes para la conversión de la gastrectomía tubular a bypass gástrico. En nuestro caso, la inadecuada pérdida ponderal indica la reconversión.

Conclusión: La reconversión a Bypass Gástrico es una opción segura para el fracaso de la Gastrectomía Tubular. El abordaje laparoscópico permite realizar el bypass con escasas diferencias a si se realizase por primera vez, dado las escasas adherencias y el adecuado campo quirúrgico.

V-035

Manejo laparoscópico de perforación de úlcera anastomótica en paciente con bypass gástrico Comunicaciones médicas. Vídeo.

Barros Segura, Marta; Vilallonga, Ramón; García Ruiz De Gordejuela, Amador; González, Óscar; Caubet, Enric; Ciudin, Andrea; Flores, Vanesa; Armengol, Manel. Hospital Universitari Vall d'Hebrón.

26/05/2022 09:00 Sala D

Introducción: El bypass gástrico (BPG) es una de las cirugías de obesidad más frecuentemente realizadas y entre sus posibles complicaciones se describe la úlcera de boca anastomótica, con una incidencia de entre el 0.6% y el 25%. Se suelen producir cerca de la anastomosis gastro-yeyunal, pudiendo extenderse a ella. Se han descrito diversos factores de riesgo para la aparición estas úlceras, entre los cuales se encuentran la Diabetes Mellitus, el tabaco, las suturas irreabsorbibles sobre la anastomosis, el uso de AINEs o la presencia de H.pylori. Una de las posibles consecuencias de una úlcera de boca anastomótica es la perforación de esta, evento que se presenta como un abdomen agudo y requiere intervención quirúrgica. Se presenta el caso clínico y manejo de esta complicación.

Caso clínico Presentamos el caso de una paciente de 48 años con antecedentes de asma y obesidad mórbida, con un IMC de 44.9kg/m² a la que se intervino de BPG. Dos años después la paciente, con un IMC de 27.21kg/m², consulta por dolor en hemiabdomen superior súbito. Refiere molestias ocasionales previas que no consultó. Después de hallar una inflamación aguda analítica y un TC urgente con un defecto mural adyacente al margen medial de la gastroyeyunostomía se realizó una laparoscopia exploradora. Se identificó una perforación puntiforme en cara Pósterior de asa alimentaria. Se realizó una sutura perforación mediante dos puntos simples y plastia de epiplón. El postoperatorio cursó sin incidencias.

Discusión: La úlcera de boca anastomótica ha de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con clínica progresiva de dolor epigástrico. Se debe realizar un diagnóstico diferencial en el contexto ambulatorio y tener un alto grado de sospecha. En caso de complicación aguda establecida, el tratamiento es quirúrgico. Se debe considerar las opciones técnicas en función del nivel de diagnóstico (con o sin endoscopia) entorno del equipo y la experiencia. La sutura simple o la re-anastomosis deben ser consideradas. Se debe revisar todo el BPG sistemáticamente.

V-046

Como resolver sonda de foucher grapada en by-pass gástrico Comunicaciones médicas. Vídeo.

Yunta, Pedro¹; Moreno, Almudena²; Estela, Luis²; García, Andrés²; Martín, David²; Mayor, Félix²; Sánchez, Rosa²; Palomo, Juan Carlos².

¹Hospital Virgen de la Luz, Cuenca; ²Hospital Virgen de la Luz.

26/05/2022 09:00 Sala D

Resumen del caso: Se trata del caso de un paciente varón de 36 años con IMC de 41 y antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 e hipercolesterolemia que se sometió a cirugía bariátrica mediante técnica de bypass gástrico laparoscópico.

Para calibrar el reservorio gástrico, se empleó sonda de Foucher de 36 French. La introducción de la sonda hasta el estómago fue laboriosa. Se procedió a grapado transverso del estómago con EndoGIA 45 carga violeta. Al realizar el segundo grapado, vertical, con EndoGIA 60 carga violeta se nota sensación de corte de sonda al final del disparo. Se comprobó el grapado de la sonda fácilmente con la inspección de las líneas de corte. Se procedió a cortar con tijera dichas líneas de grapas, inicialmente en el remanente gástrico, para liberar la sonda. Para la retirada se decidió cortar la sonda de cara a evitar lesión esofágica de las grapas fijadas a la misma durante su extracción desde la boca. Se dieron dos puntos tractores de ácido poliglicólico 2-0 en los dos extremos de la apertura del reservorio gástrico y se colocó nueva sonda de Foucher en el reservorio, esta vez sin dificultad. Se seccionó nuevamente con EndoGIA 60 carga violeta, quedando sellada la apertura y se completó la sección del reservorio con una carga de EndoGIA 45 carga beige. En el remanente gástrico se procedió de forma similar, dando tres puntos tractores de ácido poliglicólico 2-0 y seccionando la apertura con dos cargas de EndoGIA 60 carga violeta. Los dos fragmentos gástricos y el extremo de sonda de Foucher fueron extraídos por un trócar de 12 mm. El reservorio gástrico quedó finalmente conformado con las dimensiones habituales. La intervención continuó con la anastomosis gastroyeyunal de forma rutinaria.

El accidente se debió a una incorrecta colocación de la sonda de Foucher que quedó bucleada en el estómago. La no movilización de la sonda previamente a disparar la EndoGIA condicionó el grapado de la sonda. El problema se resolvió mediante puntos tractores de los defectos del reservorio y del remanente gástrico con nuevo grapado de las soluciones de continuidad.

Destacamos la importancia de la correcta colocación de la sonda de Foucher y de la movilización de la misma por el personal de apoyo previamente a cada grapado de EndoGIA durante la confección del reservorio gástrico.

O-018

Sadi-s vs. Cruce duodenal revisional para el tratamiento del fracaso de control ponderal rtas gastrectomia vertical: comparación de 101 casos consecutivos de un solo centro Comunicaciones médicas. Oral.

Sobrino, Lucia; Lazzara, Claudio; Osorio, Javier; Pujol-Gebellí, Jordi.
Hospital Universitari de Bellvitge.

25/05/2022 15:30 Sala A

Justificación: El Single-anastomosis duodeno-ileal bypass (SADI-S) es una propuesta 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.

Resultados: 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.

Conclusión: Tras una GV fracasada, el CD presenta un mejor control ponderal, resolución de diabetes e hipertensión que el SADI-S, a expensas de mayor necesidad de suplementación.

O-068

Cruce duodenal vs. Sadis para el tratamiento de la obesidad grado iv: resultados a 5 años de un estudio de cohorte prospectivo multicentrico

Comunicaciones médicas. Oral.

Lazzara, Claudio¹; Pujol, Jordi¹; Garcia Ruiz De Gordejuela, Amador²; Nora, Mario³; Pereira, Ana Marta³; Sanchez-Pernaute, Andres⁴; Osorio, Javier¹; Sobrino, Lucia¹; Torres, Antonio⁴.

¹Hospital Universitari de Bellvitge; ²Hospital Universitari Vall d'Hebrón; ³Centro Hospital de Entre o Douro e Vouga; ⁴Hospital Clínico San Carlos.

26/05/2022 18:30 Sala A

Justificación: La cirugía bariátrica es el tratamiento líder en pérdida de peso. El cruce duodenal (CD) es la cirugía más efectiva, pero representa un pequeño porcentaje de los procedimientos bariátricos en todo el mundo, debido a su complejidad. En 2007 se introdujo el bypass duodenoileal de anastomosis única con gastrectomía en manga (SADI-S). El objetivo del estudio de cohorte prospectivo multicéntrico es comparar los resultados de 5 años de CD y SADI-S en términos de pérdida de peso, complicaciones postoperatorias y remisión de comorbilidades.

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico de pacientes consecutivos sometidos a CD o SADI-S en tres hospitales de alto volumen. Las cirugías fueron realizadas por vía laparoscópica por tres cirujanos senior (JP, MN, ASP) con técnicas quirúrgicas estandarizadas: CD (asa alimentaria de 200cm y común de 100cm) y SADI-S (asa común de 300cm). El objetivo primario es la pérdida de peso a los 5 años, expresada como porcentaje de pérdida de peso total (% TWL) y de exceso de pérdida de peso (% EWL). Los resultados secundarios son la remisión de las comorbilidades; complicaciones a los 30 días; mortalidad a 30 y 90 días; complicaciones a largo plazo; y necesidad de cirugía de revisión.

Resultados: Se incluyeron un total de 87 pacientes, 43 sometidos al CD y 44 al SADI-S. El tiempo operatorio fue de 152min ($\pm 32,6$) en CD vs. 116min ($\pm 21,9$) en SADI-S ($p = 0,043$). El CD logró una pérdida de peso significativamente mayor que el SADI-S a los 3, 4 y 5 años de la cirugía. A los 5 años, los resultados de CD y SADI-S fueron: IMC 30,6 vs. 33,3 kg/m² ($p = 0,023$); %PPE 80,5% vs. 68,6% ($p = 0,006$); y %TPP 42,1 vs. 36,0 ($p = 0,006$). Las tasas de remisión de diabetes, hipertensión arterial, OSA y dislipidemia fueron del 96 %, 92,3 %, 90,7 % y 76 % respectivamente, sin diferencias significativas entre CD y SADI-S. A corto plazo, CD y SADI-S mostraron una tasa de complicaciones y gravedad similares, sin mortalidad en toda la cohorte.

Discusión: Este estudio prospectivo multicéntrico con 5 años de seguimiento, encontró que el CD presenta mayor pérdida de peso que el SADI-S, a expensas de un mayor tiempo quirúrgico, sin diferencias en las complicaciones quirúrgicas, estancia hospitalaria y comorbilidades relacionadas con la obesidad remisión.

Los pacientes incluidos partieron de un IMC medio de 55 kg/m² y lograron un excelente control de peso a los 5 años (IMC entre 30 y 35 Kg/m²). En cuanto a la resolución de las comorbilidades, CD y SADI-S mostraron resultados comparables. El SADI-S fue concebido como una simplificación del CD y representa una buena opción para los cirujanos con poca experiencia con las técnicas hipoabsortivas.

Conclusión: CD y SADI-S son técnicas seguras que permiten excelentes resultados en términos de control de peso y resolución de comorbilidades. El CD logró una mayor pérdida de peso respecto al SADI-S, a expensas de un mayor tiempo operatorio. La tasa de complicaciones postoperatorias y la resolución de comorbilidades fueron similares para ambas técnicas.

P-077

Manejo multidisciplinar de la malnutrición calórico-proteica tras bypass gástrico Comunicaciones médicas. Póster.

Galofré Recasens, Carla; Sentí Farrarons, Sara; Caballero Boza, Albert; Tarascó Palomares, Jordi; Moreno Santabarbara, Pau.
Hospital Germans Trias i Pujol.

26/05/2022 18:00 Pantalla 3

Objetivos: El bypass gástrico (BPG) es un tratamiento quirúrgico eficaz para la obesidad mórbida, pues produce una pérdida de peso rápida y mantenida. Si bien las complicaciones de esta técnica suelen ser leves, debemos de tenerlas presentes ya que un pequeño porcentaje de casos pueden comprometer la vida del paciente. Dentro de las complicaciones agudas más graves se encuentran la fuga anastomótica y la hemorragia, mientras que las complicaciones a largo plazo más habituales son la re ganancia de peso y las alteraciones nutricionales.

Las deficiencias nutricionales tras la cirugía de la obesidad ocurren básicamente por restricción de la ingesta alimentaria y/o reducción de la absorción.

Nuestro objetivo es reportar el caso de una paciente con malnutrición calórico-proteica severa en contexto de obesidad mórbida intervenida mediante BPG laparoscópico.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 48 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de obesidad grado III con IMC inicial de 54.7Kg/m² (104Kg), intervenida en marzo del 2006 en centro privado, realizándose BPG distal.

La paciente, durante el último año, acude al servicio de Urgencias en varias ocasiones por episodios de dolor epigástrico e intolerancia alimentaria. Se descarta en ese momento patología urgente, pero dados los antecedentes de la paciente se inicia estudio ambulatorio mediante fibrogastroscoopia (FGS) y TC abdominal. En diciembre de 2021 acude a urgencias por mismo cuadro clínico asociando además pérdida ponderal mayor, con un peso de 37Kg (IMC 15.2). Ante cuadro de desnutrición severa se decide ingreso hospitalario y se plantea una posible revisión quirúrgica. Se realiza nueva FGS, TC de abdomen y tránsito esofagogastroduodenal (TEGD). La FGS informa de hernia hiatal de pequeño tamaño, remanente gástrico pequeño, con anastomosis gastro-yeyunal de calibre preservado y una ulceración superficial completamente epitelizada. EL TEGD informa de correcto paso de contraste. La TC informa de cambios posquirúrgicos en relación a intervención de BPG sin apreciarse signos indirectos de estenosis a nivel anastomótico ni herniación interna ni volvulaciones. Se descarta origen mecánico, motivo por el que se decide no realizar revisión quirúrgica precoz. Se descarta patología psiquiátrica. Por parte del servicio de Endocrinología se realiza una analítica completa destacando déficit leve de cobre y zinc. Se orienta el cuadro como desnutrición calórico-proteica severa y se acuerda la colocación de sonda nasoyeyunal para suplemento nutricional y educación dietética personalizada. Tras mejoría de la sintomatología junto con la re ganancia de peso la paciente es dada de alta.

Resultados: Actualmente se encuentra con correcta tolerancia oral mediante suplementos orales y en seguimiento de forma multidisciplinar por parte de Cirugía General, Endocrinología y Digestología. Peso actual de 39Kg (IMC: 16Kg/m²).

Conclusiones: La malnutrición proteico calórica es la complicación tardía más grave y temida. El índice de aparición tras BPG es del 1%. Si bien el tratamiento quirúrgico es una de las opciones que debemos plantearnos en estos pacientes, resulta fundamental un estudio completo y exhaustivo con pruebas complementarias, así como un abordaje multidisciplinar para el correcto diagnóstico del paciente, con el objetivo de proporcionarle el tratamiento más adecuado.

V-007

Reparación de hernia umbilical recidivada y Bypass gástrico laparoscópico en el mismo acto quirúrgico Comunicaciones Médicas. VÍDEO.

Sánchez Peláez, Daniel; Menchén Trujillo, Bruno; Gil Rendo, Aurora; Martínez De Paz, Fernando; Martínez Pinedo, Carlos; Jimenez Higuerra, Elisa; Fernández Camuñas, Ángel; Ruiz Garcia, Pablo; Barbero Valenzuela, Alejandro; Martín Fernández, Jesús.

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

25/05/2022 12:30 Sala D

Introducción: La Cirugía Bariátrica es una intervención segura y eficaz en el tratamiento de la obesidad y de sus comorbilidades asociadas. La reparación de defectos de pared asociados en el momento de la intervención puede abordarse en el mismo acto quirúrgico que la cirugía de la obesidad

Presentamos el caso de un paciente obeso mórbido con antecedentes quirúrgicos de hernia umbilical multirrecidivada, con hernioplastias previas por vía anterior. Se realiza un bypass gástrico distal y reparación de la eventración con malla de doble capa.

Material y métodos: Paciente varón de 42 años de edad con antecedentes personales de obesidad mórbida con un IMC 53 Kg/m², asociando Hipertensión arterial, SAOS y Diabetes Mellitus tipo II. Previamente a la intervención quirúrgica de obesidad, el paciente había sido sometido a 2 intervenciones con material protésico. Tras cumplir el protocolo preoperatorio seguido en nuestro centro, se propone Bypass gástrico laparoscópico asociando en el mismo acto quirúrgico reparación de la eventración umbilical, con malla de doble capa.

Resultados: El paciente es intervenido realizando Bypass gástrico distal, junto con reducción de la eventración umbilical y eventroplastia con malla de Proceed® por vía laparoscópica. La eventración estaba constituida por epiplón encarcerado en la eventración. Debido a las múltiples recidivas y riesgo de encarceración de asas intestinales, se decide reducción y reparación de la eventración. El paciente fue dado de alta al 4 día postoperatorio sin incidencias. Tras la intervención, no ha vuelto a presentar recidiva de la eventración

Conclusiones: EL Bypass gástrico es una intervención eficaz y segura como cirugía bariátrica y la reparación laparoscópica de las eventraciones de línea media permite un abordaje adecuado para realizar una plastia sin tensión.

En nuestro caso, se decide reducción del epiplón y reparación de la eventración por el alto riesgo de encarceración de asas intestinales debido a las múltiples recidivas previas.

O-019

Descripción de morbilidad y mortalidad en pacientes intervenidos de bypass gástrico en nuestro centro Comunicaciones Médicas. Oral.

Sánchez Peláez, Daniel; Gil Rendo, Aurora; Martínez De Paz, Fernando; Menchén Trujillo, Bruno; Martínez Pinedo, Carlos; Jimenez Higuera, Elisa; Fernández Camuñas, Ángel; Ruiz Garcia, Pablo; Barbero Valenzuela, Alejandro; Martín Fernández, Jesús.

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

25/05/2022 15:30 Sala A

Introducción: La cirugía bariátrica ha demostrado ser el tratamiento más efectivo de la obesidad mórbida y comorbilidades asociadas, de una forma segura y con unos estándares de calidad aceptados por nuestra comunidad. La cirugía bariátrica requiere una curva de aprendizaje adecuada para minimizar la potencial morbilidad y mortalidad.

En este estudio analizaremos los principales datos de morbilidad precoz y mortalidad en nuestra serie de pacientes intervenidos de bypass gástrico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de la base de datos prospectiva de cirugía bariátrica de nuestro hospital. Se incluyen pacientes intervenidos mediante técnica de bypass gástrico entre enero del año 2000 y diciembre del 2020, siendo el abordaje de elección laparoscópico.

Describimos la morbimortalidad de los 689 pacientes intervenidos de bypass gástrico en nuestro centro

Resultados: Se ha intervenido de bypass gástrico un total de 689 pacientes, 74% mujeres y 26% varones, con una edad media de 42 años y con un IMC medio preoperatorio de 47,48 Kg/m². La estancia media hospitalaria fue de 7,3 días y una mediana de 5 días. Un total de 125 pacientes (18,1%) presentaron algún tipo de complicación en los 30 primeros días tras la intervención quirúrgica. La mayoría de las complicaciones (55,2%) fueron de carácter leve (Clavien Dindo I y II). La complicación más frecuente fue la infección de herida quirúrgica en 54 pacientes (7,8%) y la complicación con más relevancia clínica fue la fístula de anastomosis, en un total de 38 pacientes (5,5%) de los cuales necesitaron reintervención quirúrgica 26.

Un total de 40 pacientes (5,8%) presentó algún tipo de dificultad intraoperatoria que precisó convertir a cirugía laparotómica:

Se reinterviene un total de 44 pacientes y la tasa de reingreso tras alta es de 4,1%.

La mortalidad es de un 1% (7 pacientes).

Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la tasa de complicaciones entre los pacientes operados los primeros diez años, respecto a los intervenidos los diez últimos.

Conclusión: El bypass gástrico laparoscópico es una intervención quirúrgica segura y con una morbilidad y mortalidad asumible. Es una intervención quirúrgica compleja y que conlleva una curva de aprendizaje necesaria para prevenir potenciales complicaciones graves.

P-066

Resultado de la cirugía bariátrica en tiempos de pandemia. Retomando la normalidad. Comunicaciones Médicas. Póster.

Fierro Aguilar, Alberto; Mayo Ossorio, M^a De Los Angeles; Bengoechea Trujillo, Ander Angelo; Pacheco Garcia, José Manuel.
Hospital Universitario Puerta del Mar.

27/05/2022 10:30 Pantalla 1

Objetivo: La pandemia COVID-19 ha tenido un gran impacto en la cirugía programada en los dos últimos años. Sabemos que la obesidad por otro lado es un factor de riesgo para padecer COVID-19. El objetivo de nuestro trabajo es analizar los resultados y la seguridad de la cirugía bariátrica programada durante los años de pandemia 2020-21 y la incidencia de COVID19 en los pacientes intervenidos en el HUPM cadiz.

Material y método

Hemos revisado de forma retrospectiva los pacientes intervenidos desde enero de 20-20 a diciembre de 2021. Se han intervenido 59 pacientes de forma programada, la mayoría durante los periodos de valle de incidencia de COVID-19. En 2020 de enero a marzo y de junio a noviembre (23 pacientes), y en 2021 de abril a diciembre (36 pacientes). Los paciente que se han intervenido fueron optimizados según nuestro protocolo con dieta de muy bajo valor calorico un mes antes de la cirugía y estaban en seguimiento telefónico por enfermera de cirugía bariátrica, que daba recomendaciones para evitar contagio previo a la cirugía. 72 horas antes del ingreso se realizaban PCR. Se han intervenido 43 mujeres y 16 hombres con edad media de 47,4. Peso medio preoperatorio 133,31 kg y tras optimización 119,35 kg. IMC medio preoperatorio 50,65 y tras optimización de 43,15.

Resultados: En 2020 hemos realizado 20 cirugías primarias (16 gastrectomias verticales y 4 bypass) y 3 cirugías revisionales.

En 2021 se han realizado 28 cirugías primarias (20 GV y 8 Bypass) y 8 cirugías de revisión 6 por ERGE (2 de ellas de GV realizadas en otros centros) 1 por reganancia ponderal y ERGE y 1 por fistula cronica. Ninguno de los pacientes presentó COVID preoperatoriamente mediante determinacion de PCR nasofaringea. La mayoría de los pacientes acudieron a revisión al mes de la cirugía con adecuada tolerancia oral y solo 1 de ellos presentó COVID en el postoperatorio con síntomas leves. Solo un paciente presentó complicacion postoperatoria con fuga a los 15 dias de la cirugía y que se manejó de forma conservadora con sonda nasoyeyunal. No tuvimos mortalidad y la estancia media fue de 4,7 dias.

Discusión: El analisis de los resultados de nuestra serie revela que la CB se puede realizar de forma segura durante la pandemia de COVID-19 con los protocolos perioperatorios adecuados. No hubo relación entre las pruebas preoperatorias para COVID-19 y el autoaislamiento con COVID-19 postoperatorio sintomático en nuestra serie. Puede ser que estos resultados sean debidos a que la cirugía se produjo en los periodos entre picos de olas de incidencia, y a la eficacia del seguimiento telefonico de los pacientes por enfermeria bariátrica.

P-017

Estenosis precoz tras gastrectomía vertical, diagnóstico y manejo. Comunicaciones Médicas. Póster.

Sánchez Peláez, Daniel; Gil Rendo, Aurora; Martínez De Paz, Fernando; Menchén Trujillo, Bruno; Martínez Pinedo, Carlos; Jimenez Higuera, Elisa; Fernández Camuñas, Ángel; Ruiz García, Pablo; Barbero Valenzuela, Alejandro; Martín Fernández, Jesús.

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

25/05/2022 18:00 Pantalla 3

Introducción: Se ha demostrado que la gastrectomía vertical es una intervención segura y eficaz en el tratamiento de la obesidad. Es fundamental en esta intervención el correcto uso de la sonda guía para calibrar la luz gástrica. A continuación se describe el proceso diagnóstico y terapéutico de una estenosis tras Gastrectomía vertical en el postoperatorio inmediato en una paciente con un IMC de 70 km/m²

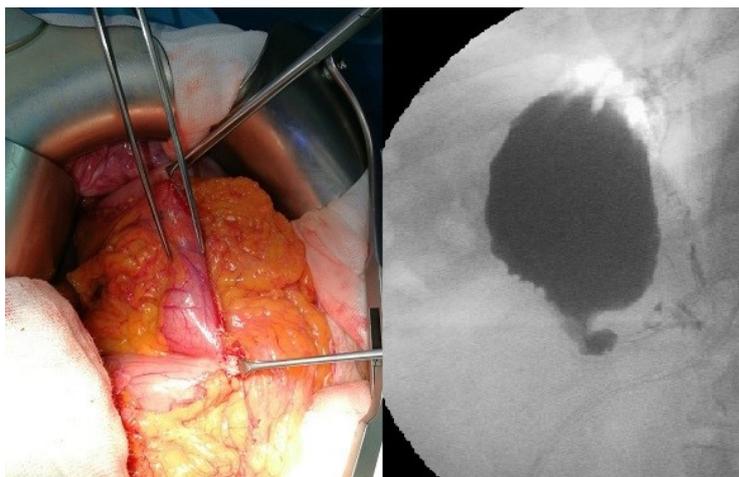
Material y método: Los pacientes que se someten a una Gastrectomía Vertical en nuestro centro tienen un número elevado de comorbilidades, siendo las más frecuentes Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, SAOS y Dislipemia. En nuestro Hospital se realiza Gastrectomía tubular en paciente cuyo IMC > 50 o con contraindicaciones para realizar Bypass gástrico, siendo el IMC medio de los pacientes intervenidos de 64,5 kg/m²

Se presenta el caso de una paciente con un IMC de 70 kg/m², con Hipertensión Arterial, Dislipemia y SAOS. Nuestra paciente fue intervenida de Gastrectomía vertical, como única incidencia durante la cirugía fue la dificultad de introducir la sonda guía para calibrar la luz gástrica

Resultados: En el tiempo quirúrgico presentó como única complicación dificultad con la Introducción: por parte del equipo anestésico de la sonda guía del estómago para confeccionar la manga gástrica, aunque con un resultado satisfactorio tras la intervención.

La paciente fue dada de alta con buena tolerancia oral sin complicaciones en el postoperatorio. Acude a urgencias en los 30 primeros días por intolerancia oral con náuseas y vómitos. El diagnóstico realizando un tránsito esofagogastroduodenal, donde se visualiza paso inmediato de contraste a bulbo y marco duodenal, filiforme, a través de la gastrectomía tubular que interesa en especial al antro gástrico. También se realizó una gastroscopia donde se encuentra a nivel de cuerpo gástrico medio una estrechez durante unos centímetros y solo con presión se consigue pasar al antro. Al tratarse de una estenosis precoz y de una longitud considerable, se optó por realizar una intervención quirúrgica para convertir a Bypass Gástrico. No hubo complicaciones en el postoperatorio y la paciente presentó buena evolución

Conclusiones: La gastrectomía vertical es un procedimiento quirúrgico seguro y con buenos resultados para el tratamiento de la obesidad. Es muy importante la correcta posición de la sonda guía y moverla antes y después de cada sección en endograpadoras. La reconversión a Bypass gástrico de una estenosis tras Gastrectomía vertical es una opción segura para el tratamiento de dicha complicación.



O-034

Prevalencia de esofagitis en pacientes con RGE de Novo. Estudio de una cohorte de 150 pacientes intervenidos mediante gastrectomía vertical Comunicaciones Médicas. Oral.

Bengoechea Trujillo, Ander; Fierro Aguilar, Alberto; Perez Gomar, Daniel; Mayo Ossorio, Maria De Los Ángeles; Pacheco Garcia, Jose Manuel.
Hospital Universitario Puerta del Mar.

25/05/2022 18:30 Sala A

Introducción: El reflujo gastroesofágico tras la realización de una gastrectomía vertical es una de las complicaciones más frecuentes e igualmente más difícil de tratar una vez instaurada reportándose alrededor del 20% en la literatura. Realizar un estudio mediante pruebas endoscópicas y funcionales puede ayudar a conocer su mecanismo así como su gravedad de cara a su correcto tratamiento.

Métodos: Durante 2018 y 2019 se han realizado 150 gastrectomías verticales por obesidad mórbida. Tras un seguimiento de 2 años hemos observado 19 casos de RGE en pacientes que previamente no presentaban clínica del mismo ni hallazgos de hernia de hiato en la Endoscopia preoperatoria. Posteriormente se han realizado EDA, PHmetría y EGD a estos 19 pacientes afectados de clínica de RGE.

Resultados:

Los resultados endoscópicos demuestran que de los 19 pacientes 15 presentaban esofagitis (14 grado A y uno grado B).

	Esofagitis A	Esofagitis B	Normal
Endoscopia	14	1	4

Así mismo la phmetría de 24 horas resultó positiva en 12 de los 19 pacientes estudiados.

Los resultados de esofagograma indican que en 4 pacientes hay RGE y en 9 de ellos se encuentra una hernia de hiato junto con RGE.

	Reflujo GE	Reflujo GE + Hernia Hiato	Normal
Esfagograma	4	9	6

Todos los pacientes que presentaban una phmetría positiva presentaban esofagitis, así mismo todos los pacientes con RGE asociado o no a hernia de hiato presentaban esofagitis.

Tan solo 2 pacientes que han presentado esofagitis no se ha podido demostrar el RGE tanto por EGD como por phmetría.

Conclusiones: Un 15% de nuestros pacientes intervenidos mediante GV han presentado RGE de Novo, así mismo la gran mayoría de estos pacientes asociaban cierto grado de esofagitis, quedando demostrado, por las pruebas funcionales realizadas, que esta gastrectomía vertical se considere la causa reflorígena de la misma. Igualmente, en esta serie es importante indicar la agresividad de este reflujo que viene dado por el alto porcentaje de esofagitis en un breve periodo de tiempo de cara a la rápida corrección del mismo.

P-078

Obstrucción intestinal por hernia ventral como causa de dehiscencia de anastomosis de pie de asa. A propósito de un caso y revisión de la literatura. Comunicaciones médicas. Póster.

Jiménez Higuera, Elisa; Gil Redondo, Aurora; Sánchez Peláez, Daniel; Martínez Pinedo, Carlos; Fernández Camuñas, Ángel; Ruiz García, Pablo; Barbero Valenzuela, Alejandro; Fernández Elvira, Elena; Lozano Carneros, Álvaro; Martín Fernández, Jesús.

Hospital General.

27/05/2022 10:30 Pantalla 2

Objetivo: Se presenta el caso de una paciente con perforación intestinal tras cuadro obstructivo causado por hernia ventral en el postoperatorio inmediato tras bypass gástrico.

Material y métodos: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados: Paciente mujer de 35 años intervenida previamente de gastrectomía tubular que ante inadecuada pérdida ponderal se decide realizar bypass gástrico laparoscópico, cursando sin incidencias. Al sexto día postoperatorio la paciente presencia febrícula, distensión abdominal y vómitos. Se realiza TC urgente donde se visualiza hernia paraumbilical derecha con íleon terminal en su interior y cambio de calibre proximal, además de líquido libre. Se decide realizar cirugía urgente con presencia de obstrucción intestinal a nivel de hernia ventral asociada a dehiscencia de anastomosis del pie de asa, realizándose refuerzo con puntos sueltos de la misma. Al séptimo día postoperatorio comienza de nuevo con empeoramiento clínico y analítico por lo que se decide realizar cirugía urgente por nueva dehiscencia de anastomosis, esta vez realizándose resección y anastomosis.

Conclusiones: El bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico (BGYRL) es considerado el gold estándar de la cirugía bariátrica. Es una técnica mixta, con efecto restrictivo y malabsortivo que requiere para ello varias anastomosis en comparación con las técnicas simples. A pesar de que la aplicación de la laparoscopia y la alta experiencia han modificado el espectro y la cantidad de complicaciones postquirúrgicas, la presencia asociada de hernias ventrales sigue siendo motivo de sospecha ante cuadros de obstrucción intestinal. La incidencia de cuadros oclusivos oscila entre 1.5% y 5%, y aunque la causa más frecuente es la hernia interna, las hernias de pared tienen que formar parte del diagnóstico diferencial, al igual que la torsión del asa Y de Roux, estenosis de anastomosis, compresión del asa eferente por el mesocolon (variante retrocólica) o intususcepción. La sospecha diagnóstica se basa en la sintomatología obstructiva de manera aguda (náuseas, vómitos o dolor abdominal), aunque no siempre están presentes. El TC debería ser la primera prueba de imagen tras una exploración física minuciosa. El tratamiento de estas complicaciones es siempre quirúrgico con necesidad de revisión de toda la cavidad abdominal. A su vez, destacamos que la reparación concomitante de las hernias de pared abdominal se debe considerar ante situaciones de riesgo, como antecedentes de cuadros subocclusivos, orificios herniarios de pequeño tamaño, etc.

P-005

Páncreas ectópico en el remanente de un bypass gástrico Comunicaciones Médicas. Póster.

Pérez Domene, María Teresa; Castellón Pavón, Camilo José; Paz Fernandez, Bairon Alfonso; García Muñoz Najar, Alejandro; Ferrigni Gonzalez, Carlos; Torres Aleman, Ana; Durán Poveda, Manuel.
Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

25/05/2022 18:00 Pantalla 1

Introducción: La presencia de tumores gástricos en pacientes sometidos a cirugía bariátrica es muy infrecuente, siendo excepcional el diagnóstico de páncreas ectópico. El páncreas heterotópico es una entidad congénita rara con una incidencia de 0,5-15% en la población general y se define como la presencia de tejido pancreático ectópico sin relación anatómica ni vascular de continuidad con el páncreas normal. La localización más frecuente es en estómago (región prepilórica) y duodeno con un tamaño medio de 1,5 cm. Es más común en pacientes de 30-50 años y hombres. La mayoría son asintomáticos y se suelen diagnosticar incidentalmente.

Material y métodos: Presentamos un caso de un hallazgo incidental de un páncreas ectópico en el remanente gástrico de una paciente con un bypass gástrico laparoscópico (BPGL) previo.

Caso clínico: Mujer de 32 años intervenida en otro centro por obesidad grado II, realizándose un BPGL. En el estudio preoperatorio se realizó una gastroscopia apreciando una hernia de hiato, gastritis crónica erosiva y un divertículo en antro gástrico.

Presenta una adecuada pérdida ponderal y 12 años después, sufre una hemorragia subaracnoidea por un aneurisma de la arteria comunicante anterior, precisando nutrición enteral por importante deterioro neurológico residual. A través de una laparotomía media supraumbilical, se palpa una masa bien delimitada, de 2 cm aproximadamente, a nivel de la curvatura mayor del cuerpo-antro del remanente gástrico. Se realiza exéresis de la lesión con márgenes libres, con endograpadora y una gastrostomía de alimentación. En el análisis anatomopatológico se describe una tumoración de 1.7 x 1 centímetros compatible con páncreas ectópico sobre tejido gástrico.

Discusión: La presencia de tumores gástricos en pacientes bariátricos es muy infrecuente (<1 %). La mayoría de los casos son GIST, siendo muy excepcional el hallazgo de páncreas ectópico. Suelen presentarse de forma asintomática. Los síntomas más frecuentes son epigastralgia y náuseas, aunque se han descrito complicaciones como sangrado, estenosis pilórica y transformación maligna (adenocarcinoma) sobre páncreas heterotópicos. La gastroscopia no es diagnóstica al tratarse de una lesión submucosa y no ser accesible el remanente gástrico. El TC es de utilidad para el diagnóstico diferencial con otras lesiones submucosas, pero no es una técnica realizada rutinariamente en candidatos a cirugía bariátrica primaria ni revisional. En la mayoría de casos el diagnóstico es incidental intraoperatoriamente o en el estudio anatomopatológico de la pieza de una gastrectomía vertical o más excepcionalmente de la resección del remanente gástrico. El tratamiento es quirúrgico, habitualmente exéresis local, para confirmar el diagnóstico histológico y evitar posibles síntomas o complicaciones.

Conclusión: El páncreas heterotópico es una entidad rara, encontrada en la mayoría de los casos de forma incidental.

El diagnóstico en pacientes bariátricos es excepcional y suele ser intraoperatoriamente o en el estudio histológico de una gastrectomía vertical.

El tratamiento es la exéresis local.

O-027

Bypass metabólico como tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (dm2) en el paciente con obesidad mórbida Comunicaciones médicas. Oral.

González Martín, Rosa; Pérez Zapata, Ana; Carmona Gómez, Victoria; García Picazo, Alberto; Vega Novillo, Viviana; Fernández Noel, Silvia; Gómez Rodríguez, Pilar; Rodríguez Cuéllar, Elías; De La Cruz Vigo, Felipe; Ferrero Herrero, Eduardo.
Hospital Universitario 12 de octubre.

25/05/2022 17:00 Sala A

Introducción: y objetivo: La obesidad es una enfermedad crónica, progresiva y multifactorial con elevada mortalidad. Entre las comorbilidades asociadas, la D^{M2} es cada día más prevalente. Los tratamientos farmacológicos buscan el control cardiovascular, pero la cirugía es el tratamiento más efectivo para el control de la D^{M2} y sus comorbilidades, llegando a asentar la indicación de cirugía bariátrica.

Las modificaciones en la longitud del asa biliopancreática en el bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR) se han relacionado con la pérdida de peso y el control de las comorbilidades, aunque la evidencia al respecto es escasa actualmente.

Nuestro objetivo es comparar la utilidad de la elongación del asa biliopancreática en la cirugía del BPGYR en pacientes obesos diabéticos, en la resolución de la D^{M2}.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio de cohortes histórico sobre pacientes obesos y diabéticos sometidos a cirugía bariátrica mediante BPGYR o bypass gástrico metabólico (BGM) entre el año 2017 y 2019, con dos años de seguimiento. Se recogieron variables demográficas básicas, analíticas, diagnóstico prequirúrgico, comorbilidades, tratamiento de la D^{M2} preoperatorio y su resolución (ausencia de tratamiento hipoglicemiente mantenido). Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS considerando estadísticamente significativo el valor de $p < 0,05$.

Definimos bypass metabólico (BGM) como el alargamiento del asa biliopancreática hasta 150-200cm desde el ángulo de Treitz, sin modificar el asa alimentaria 100cm).

Resultados: El estudio incluyó 67 pacientes, 32 fueron sometidos al BPGYR y 35 a BGM. Ambos grupos fueron equiparables en relación a IMC preoperatorio (46.36 y 47.12 Kg/m²) respectivamente al inicio, tipo de tratamiento preoperatorio para la D^{M2}, 23 pacientes con metformina en cada grupo (BPGYR un 71.87% y BGM un 65.71%), 1 y 2 pacientes (BPGYR 6.25% y BGM 2.85%) con insulina y, 11 y 8 (BPGYR 34.37% y BGM 22.85%) pacientes con otros tratamientos. Las comorbilidades se recogieron mediante la categoría ASA, donde no se evidenciaron diferencias. La evolución del índice de masa corporal (IMC) fue similar en ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas (Gráfico 1).

En el grupo de BPGYR, un 87.5% de los pacientes, presentaron resolución completa de la D^{M2} tras 2 años, un 9.37% tuvieron D^{M2} persistente (mantuvieron insulina) y un 3.12% recidivaron durante el seguimiento (necesitaron reiniciar metformina). En el grupo de BGM, un 91.42% de los pacientes presentaron resolución completa y un 8.57% tuvieron recidiva de la D^{M2} en los 2 años posteriores, tratada con metformina. Encontramos que siguen siendo diabéticos 4 pacientes (12.5%) del grupo BPGYR, de los cuales 3 requieren mantenimiento del tratamiento antidiabético durante el seguimiento y 3 (8.57%) del grupo de BGM, que sí pueden abandonar el tratamiento, pero han de retomarlo. Sólo un paciente del grupo de BGM presentó desnutrición grave que requirió ingreso. Las diferencias en tiempo y resolución de la D^{M2} no fueron significativas.

Conclusión: EL BGM es eficaz para la resolución de la D^{M2} y la pérdida de peso en el paciente obeso mórbido, aunque según nuestros datos no representa ventajas respecto a las técnicas clásicas en la resolución de la D^{M2}.

**Gráfico 1**

Representación gráfica de la evolución del IMC (kg/m^2) durante el seguimiento.

IMC pre: IMC del paciente al inicio del estudio preoperatorio.

IMC qx: IMC del paciente cuando llega a quirófano.

IMC 1: IMC al mes de seguimiento tras la cirugía.

IMC 6: IMC a los 6 meses de la cirugía.

IMC 12: IMC a los 12 meses.

IMC 24: IMC a los 24 meses.

O-040

Evolución ponderal y de comorbilidades en pacientes sometidos a bypass gástrico: seguimiento a 20 años. Comunicaciones Médicas. Oral.

Lapeña, Maria; Cassinello, Norberto; Alfonso, Raquel; Martí, Rosa; Ortega, Joaquín.

Hospital Clínico Universitario.

26/05/2022 09:00 Sala A

Objetivos: Evaluar la pérdida de peso, la evolución de las comorbilidades y la aparición de complicaciones metabólicas a largo plazo en una cohorte de pacientes sometidos a bypass gástrico tras un periodo igual o mayor a 20 años.

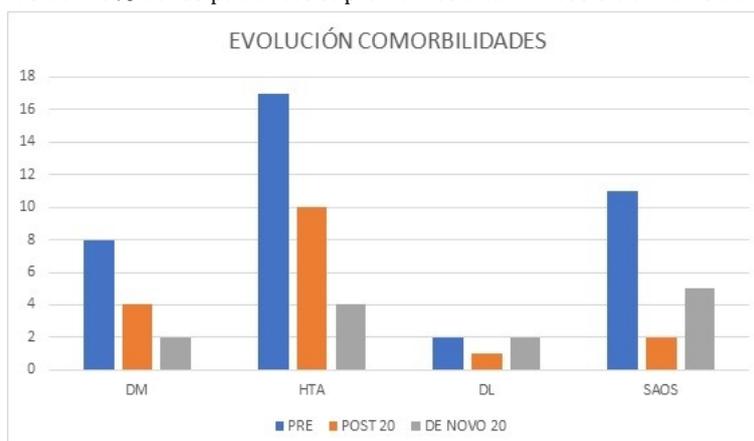
Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo incluyendo a pacientes intervenido de bypass gástrico en Y de Roux previo al 2002. Se analizan los datos referentes a evolución del peso, IMC, porcentaje de exceso de peso perdido y porcentaje de IMC perdido tras 20 años, evolución de las comorbilidades asociadas a la obesidad (Diabetes Mellitus tipo II, hipertensión arterial, dislipemia y síndrome de apnea obstructiva del sueño) y aparición complicaciones a largo plazo. El análisis estadístico se realizó utilizando SPSS, las variables cuantitativas se presentan como medias y desviación estándar y las variables cualitativas como porcentajes. Las comparaciones de grupos se han realizado utilizando la prueba exacta de Fisher o Chi-cuadrado.

Resultados: Un total de 87 pacientes fueron intervenidos entre 1995 y 2002, 19 pacientes han fallecido y se ha perdido el seguimiento en 5 pacientes, por lo que se incluyeron un total de 63 pacientes. En 9 pacientes (14.3%) se realizó BPGYR como cirugía de revisión tras gastroplastia vertical anillada. La edad media fue de 37.3 años (20-56). La media inicial del peso fue de 159.3 kg (± 28.9) y el IMC de 67.5 kg/m² (± 73.3). Tras 20 años el peso medio fue de 98 kg (± 24.7) y el IMC de 36.2 kg/m² (± 9.3). El %EPP ha sido de 67.2% (24.2) y el %EIMCP de 67.7% (24.5).

En cuanto a las comorbilidades, 8 pacientes tenían DM tipo II, pasados 20 años se había resuelto sin recidiva en el 50% y había aparecido de novo en 2(3.6% del total), sólo uno de los pacientes precisa insulino terapia. 17 pacientes padecían HTA, y el 41.2% (7) presentaron resolución completa y en 4 apareció de novo (8.7%). En cuanto a la DL 2 pacientes la presentaban previamente, resolviéndose en 1 y apareciendo de novo en 2 (3.3%). Por último, 11 pacientes presentaban diagnóstico confirmado de SAOS con CPAP preoperatoriamente, resolviéndose en el 63.6% (7), y apareciendo de novo en 5(9.6%) (ver gráfica 1). Se observó una resolución significativa a los 20 años de la DM tipo II, la HTA y el SAOS ($p= 0.02, 0.000$ y 0.042 respectivamente). No hubo diferencias en cuanto a la resolución de la DL ($p= 0.094$). Cuando se realizó la correlación entre %EPP, % EIMCP y la resolución de comorbilidades no hubo diferencias significativas.

En cuanto a las complicaciones metabólicas, 47 pacientes (74.6%) presentaban requerimiento de tratamiento vitamínico y 55(87.35%) tratamiento con hierro.

Conclusiones: En nuestro grupo hemos observado que existe una resolución significativa de la DM tipo II, HTA y DL a largo plazo, aunque no de la DL, y que esta no se correlaciona con la edad del paciente ni con el %EPP o %EIMCP a largo plazo. El IMC medio preoperatorio fue elevado, requiriendo más del 70% de los pacientes suplementos vitamínicos o de hierro de forma crónica.



P-042

Incidencia de tumores gástricos en 1126 intervenciones bariátricas

Comunicaciones médicas. Póster.

Pérez Domene, María Teresa¹; Castellón Pavón, Camilo José²; Paz Fernandez, Bairon Alfonso²; García Muñoz Najar, Alejandro²; Ferrigni Gonzalez, Carlos²; Torres Aleman, Ana²; Diaz García, Gustavo Adolfo²; Durán Poveda, Manuel².

¹Hospital Universatario Rey Juan Carlos; ²Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

26/05/2022 18:00 Pantalla 1

Introducción: El hallazgo de tumores gástricos en pacientes bariátricos es muy infrecuente (<1%), aunque la incidencia está aumentando con el mayor número de cirugías bariátricas realizadas en las últimas décadas. Los casos de adenocarcinoma descritos en la literatura son anecdóticos. El tumor más frecuente es el GIST, que tiene una incidencia en el grupo de pacientes obesos mayor que en la población general. La mayoría de los tumores gástricos en pacientes bariátricos cursan sin síntomas. El diagnóstico suele ser incidental (intra o postoperatorio) y es más frecuente después de una gastrectomía vertical (GV). El diagnóstico preoperatorio es difícil porque habitualmente son lesiones que no suelen detectarse endoscópicamente y las pruebas de imagen habituales (TC y RM) no se emplean de rutina en los protocolos preoperatorios bariátricos. Presentamos nuestra experiencia en una amplia serie de casos.

Material y métodos: Entre marzo de 2014 y febrero de 2022 se han realizado 1126 intervenciones bariátricas en nuestro servicio de Cirugía general: 838 bypass gástricos (BPG), 257 GV, 8 retiradas de banda, 12 SADIS, 7 degastrogastrectomías y otras 4 intervenciones. No se ha diagnosticado ningún tumor preoperatoriamente. Intraoperatoriamente se identificaron dos lesiones gástricas. Se ha analizado la presencia de tumoraciones en los resultados histológicos de 268 piezas quirúrgicas gástricas: 257 GV, 9 remanentes gástricos resecados y 2 gastrectomías por complicaciones.

Resultados: Se han obtenido en 4 muestras pólipos gástricos hiperplásicos (1,49%) y en otros 3 casos una tumoración gástrica (1,1%): un GIST tipo fusocelular de bajo grado de 4 cm, pT2, diagnosticado intraoperatoriamente en fundus; un tumor neuroendocrino de 0,6 mm compatible con tumor carcinoide y un páncreas ectópico de 2,1 x 2 cm identificado intraoperatoriamente en cuerpo-antro. En el seguimiento evolutivo de los 1126 pacientes intervenidos no se ha diagnosticado ningún adenocarcinoma gástrico. La evolución de los dos pacientes con un tumor gástrico ha sido favorable.

Conclusiones: La incidencia de tumores en pacientes bariátricos es muy baja.

Aunque la mayoría son lesiones submucosas benignas, o de bajo potencial de malignidad (con muy buen pronóstico) es recomendable realizar un estudio histológico de todas las piezas de gastrectomía vertical y del remanente gástrico.

Al comienzo de la técnica bariátrica debe realizarse una inspección de la superficie gástrica para detectar posibles lesiones porque la mayoría de los tumores gástricos se diagnostican incidentalmente de forma intraoperatoria.

El tratamiento es quirúrgico con exéresis local y márgenes libres (aunque la lesión esté fuera del área de actuación inicial), para confirmar el diagnóstico histológico y evitar progresiones tumorales, posibles síntomas o complicaciones.

V-032

Revisión de gastrectomía vertical a by-pass gástrico con hiatoplastia por abordaje robótico en paciente con cirugía abdominal previa Comunicaciones médicas. Vídeo.

Mata, Rodrigo; Herms, Daniel; Moratal, Miriam; Sorto, Hernán; Vilallonga, Ramón; García Ruiz De Gordejuela, Amador; González, Óscar; Caubet, Enric; Flores, Vanesa; Armengol, Manuel.
Hospital Universitari Vall d'Hebrón.

25/05/2022 18:30 Sala D

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una patología frecuente en pacientes con obesidad mórbida. Se calcula que puede afectar hasta un 30% de los pacientes obesos debido a distintos mecanismos fisiopatológicos como trastornos de la motilidad esofágica, mayor incidencia de hernia hiatal, aumento de la presión intragástrica con disminución de la presión del esfínter esofágico inferior. Asimismo, la población de pacientes obesos presenta un aumento en las complicaciones relacionadas con el ERGE como lo es la esofagitis erosiva, el esófago de Barrett y el carcinoma esofágico.¹⁻³ A medida que la gastrectomía vertical (GV) ha cogido popularidad en el mundo, se ha podido valorar relación con el reflujo gastroesofágico tanto en empeoramiento del reflujo como en aparición de novo de ERGE. Así mismo se ha visto relación con mayor prevalencia de esofagitis a largo plazo y esófago de Barrett.⁴ Mientras que la funduplicatura es uno de los procedimientos de elección para el manejo quirúrgico del reflujo, en el paciente bariátrico se debe optar por una solución que permita mantener los **Objetivos:** de pérdida de peso mientras resuelve la patología. Por esta razón se propone la conversión de la GV a Bypass Gástrico en Y de Roux (BPYR) asociando hiatoplastia en los casos que lo requieran para la resolución del reflujo persistente o de nueva aparición.

Caso clínico Se presenta una paciente de 43 años con previa histerectomía laparoscópica con antecedentes de GV con ERGE severo diagnosticado mediante clínica, tránsito y pHmetría. No se halla estenosis, pero si hernia de hiato y reflujo espontáneo en pruebas complementarias. Dada la persistencia de la sintomatología se realiza conversión de Bypass gástrico con resizing del pouch y hiatoplastia robótica. El postoperatorio transcurre sin incidencias siendo alta a domicilio el segundo día postoperatorio.

Discusión: La conversión de GV a BPG es una cirugía cada vez más común en vista de la alta prevalencia de pacientes que presenta reflujo tras la primera intervención. Hay varios aspectos técnicos que deben ser tomados en cuenta a la hora de realizar una conversión como: Posibilidad de tener que realizar amplia adhesiolisis en mayor o menor medida, valoración de hernia hiatal y si amerita cierre de pilares y hiatoplastia. Es importante tener en cuenta otros antecedentes quirúrgicos del paciente que podrían afectar la intervención.

Conclusión: La conversión e GV a BPG con hiatplastia es un procedimiento común que se prevé aumentará su práctica debido a la asociación de GV y ERGE. Se muestra una sistematización del mismo.

V-004

Bypass gástrico laparoscópico tras cirugía antireflujo: Opciones técnicas Comunicaciones médicas. Vídeo.

Lapeña, Maria; Gadea, Ricardo; Cassinello, Norberto; Marti, Rosa; Alfonso, Raquel; Ortega, Joaquín.
Hospital Clínico Universitario.

25/05/2022 12:30 Sala D

Introducción: La hernia de hiato y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) son patologías que frecuentemente se asocian a la obesidad, existiendo hoy en día controversia sobre qué procedimiento realizar como técnica anti-reflujo en estos pacientes (Nissen vs bypass).

Caso clínico: Presentamos dos escenarios. El primero una mujer de 55 años con antecedentes de obesidad grado III, hipertensión arterial, glucemia basal alterada, esteatohepatitis grasa no alcohólica, depresión y gonartrosis; intervenida en 2017 por ERGE realizando funduplicatura de Nissen en otro centro. Acude a nuestras consultas en 2019 para valorar cirugía bariátrica. A la exploración física presenta peso 115 kg, talla de 1.65m y un IMC de 42.2kg/m². En la anamnesis refiere clínica de reflujo por lo que se solicita tránsito esófago-gastro-duodenal, endoscopia y TC toraco-abdomino-pélvico en los que se evidencia presencia de reflujo gastro-esofágico y recidiva de la hernia de hiato con funduplicatura migrada a tórax.

Ante paciente con obesidad mórbida y ERGE se decide revisión y conversión a bypass gástrico. Intraoperatoriamente se realiza adhesiolisis, reducción de la hernia y disección de los pilares diafragmáticos. Se libera funduplicatura con grapadora mecánica y se realiza cierre de pilares con 3 puntos sueltos. Finalmente se realiza bypass gástrico en Y de Roux.

El segundo es una paciente con antecedente de funduplicatura de Toupet laparoscópica por ERGE con obesidad grado II y diabetes mellitus tipo II con mal control pese a tratamiento farmacológico. En la EDA preoperatoria no se evidencia reflujo.

Ante paciente con IMC de 37 kg/m² y mal control de la diabetes se propone para bypass gástrico de una anastomosis. Se aborda vía laparoscópica y se realiza BAGUA preservando la funduplicatura previa.

En ambos casos se realizó un TEGD postoperatorio sin evidenciar recidiva.

Conclusión: Las técnicas convencionales anti-reflujo son una opción válida en pacientes con normopeso o ligero sobrepeso con ERGE y/o hernia de hiato, pero en aquellos pacientes con grados más severos de obesidad tal vez debería considerarse el bypass gástrico como primera alternativa, aunque no cumplan indicación según los criterios convencionales.

Por último, la cirugía bariátrica en pacientes intervenidos previamente de ERGE realizando funduplicaturas deben abordarse como una cirugía de revisión dada la alta complejidad quirúrgica, debiéndose realizar por cirujanos expertos.

P-070

Doble sonda gástrica para calibrados y control de anastomosis en cirugía bariátrica **Comunicaciones Médicas. Póster.**

Arcila Bermúdez, Reinaldo; Baltar Boileve, Javier; Santos Benito, Fernando; Barcena, Maria; Fernández Bárcena, Estefanía; Prada, Borja; Dieguez, Mar; Miguez, Pablo; Bustamante Montalvo, Manuel.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

27/05/2022 10:30 Pantalla 1

Introducción: y objetivos: En cirugía bariátrica se utilizan sondas orogástricas para calibrar los volúmenes de los reservorios en la Gastrectomía Vertical (GV) y en el Bypass Gástrico (BPG). También se introducen sondas para controlar la permeabilidad y la ausencia de fugas de las anastomosis. Dichas sondas son introducidas por el anestesista a lo largo de la intervención. Son maniobras repetidas que pueden resultar laboriosas, debido a la posición del paciente durante la intervención y al campo quirúrgico establecido. Existe un riesgo de seccionar y grapar las sondas durante las maniobras quirúrgicas, por ello es importante que puedan ser adecuadamente visualizadas a lo largo del procedimiento. Es conveniente evitar las sondas flexibles que se pueden atrapar con las endocortadoras a pesar de la movilización de la sonda entre cada grapado gástrico. Analizamos nuestra experiencia con la utilización de una Doble Sonda gástrica que, introducida al inicio de la intervención, cumple todas las funciones requeridas en la realización de los BPG y en la anastomosis Duodeno- Ileal (DI) del Cruce Duodenal o Sadi-S.

Materiales y métodos: La Doble Sonda se compone de una sonda tipo Foucher 32 Fr externa y otra de 16 Fr interna. Ambas sondas, medidas y marcadas, se colocan tras la intubación orotraqueal lubricadas y previamente fijadas entre sí para evitar desplazamientos indeseados. Su utilización se realiza en dos tiempos:

1. La sonda de mayor grosor se emplea para calibrar el volumen de reservorio del BPG o de la GV y el diámetro de la anastomosis.
2. Una vez realizada la calibración, se retira dicha sonda y se emplea la de menor calibre para testar la anastomosis (con aire, leche o azul de metileno), detectando de esta forma posibles fugas.

Resultados y conclusiones En el año 2017 instauramos la utilización de la Doble Sonda. Del total de intervenciones, se analizaron 90 BPG (anastomosis gastroyeyunales manuales) y 72 derivaciones biliopancreáticas (anastomosis duodenoileales manuales). Observamos 3 grapados accidentales de la sonda fina: todos durante la realización de BPG por errores en la manipulación de las sondas y durante el primer año de implementación. Además, no se lograron colocar las sondas en un segundo tiempo de GV a Sadi-S. En el resto de las intervenciones la colocación resultó eficaz.

La colocación adecuada de una sonda gástrica y su localización constituye uno de los pasos esenciales durante la cirugía de la obesidad. Este procedimiento de Doble Sonda utiliza la sonda gruesa en la GV o el BPG para calibrar las anastomosis y facilitar además la colocación de una sonda de menor calibre que, a su vez, es útil para la detección de fugas anastomóticas. Al facilitar la correcta realización de la intervención quirúrgica, estandarizar el calibre de las anastomosis manuales y permitir la detección intraoperatoria de fugas anastomóticas, creemos que puede contribuir a disminuir la morbilidad postoperatoria y aumentar la tasa de éxito quirúrgico.

O-023

ReNacEIBar: “Registro Nacional de Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal sometidos a Cirugía Bariátrica”

Comunicaciones Médicas. Oral.

García-Redondo, Manuel¹; Ferrer-Márquez, Manuel¹; Gómez-Carmona, Zahira¹; García-Ruiz-De-Gordejuela, Amador²; Millán, Mónica³; Frutos, María Dolores⁴; Sánchez-Guillén, Luis⁵; Rubio-Gil, Francisco¹; Renaceibar, Grupo⁶.

¹Hospital Torrecárdenas; ²Hospital Universitari de Bellvitge; ³Hospital Universitario La Fe; ⁴Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ⁵Hospital General Universitario;⁶.

25/05/2022 17:00 Sala A

Objetivos: El objetivo principal es la creación de un Registro Nacional que unifique pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) y obesidad mórbida en los que se ha realizado alguna técnica bariátrica. También se analizarán las diferencias entre pacientes, técnicas y resultados. Así como, confirmar la factibilidad y seguridad de la cirugía bariátrica en EII. Por último, se tendrán en cuenta las complicaciones postoperatorias, el efecto en la pérdida de peso y la identificación de la técnica más idónea.

Material y método: El diseño es un estudio observacional descriptivo retrospectivo multicéntrico, de ámbito nacional. La población a estudio son pacientes con EII, procedentes de cualquier centro participante, sometidos a algún procedimiento bariátrico desde el año 2000. Se incluye a pacientes mayores de edad, con diagnóstico de EII y sometidos a cirugía bariátrica. Respecto a las variables se recogen variables hospitalarias, sociodemográficas y clínicas al inicio, como son la edad, sexo, el peso e IMC, tipo de EII y su evolución, entre otras. Se tienen en cuenta variables operatorias (como el tipo de cirugía, complicaciones, días de estancia) y las variables de seguimiento, como el peso e IMC a 12 meses y la evolución de la EII.

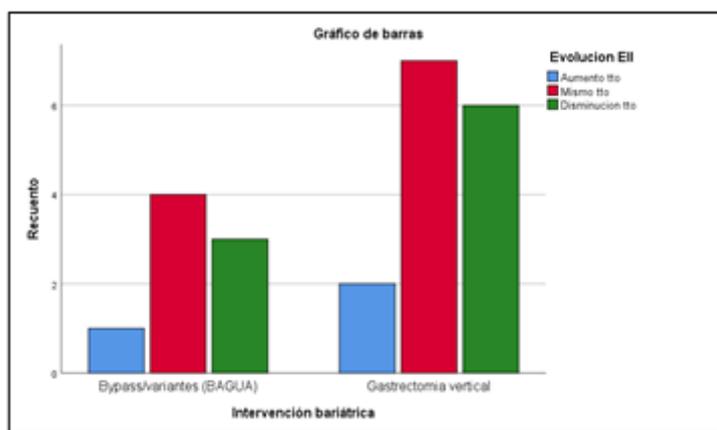
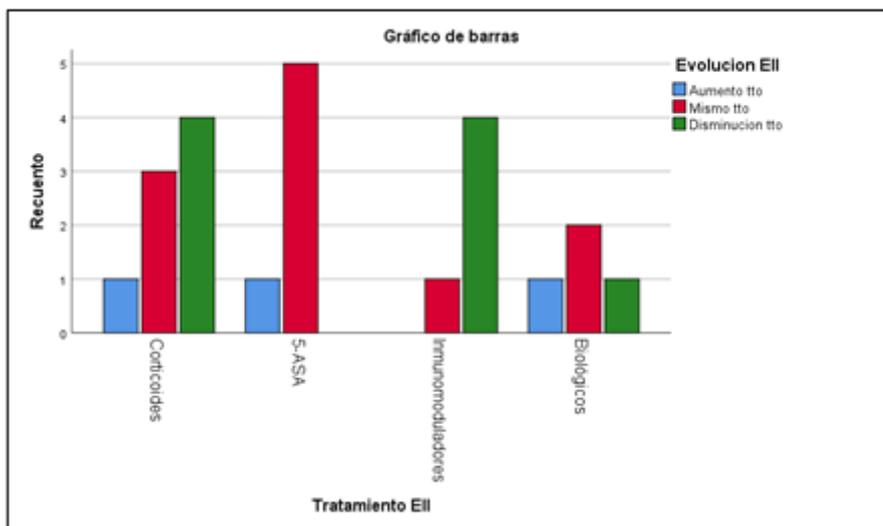
Resultados: Hasta el momento el estudio se compone de 27 pacientes, con una media de edad de 45,81 años. De ellos el 63% son mujeres por parte del 37% que son varones. Respecto al tipo de EII la muestra se encuentra más repartida, de los 27 pacientes, 15 padecen Enfermedad de Crohn (EC) (55,6%) y 12 padecen Colitis Ulcerosa (CU), representando el 44,4%. Respecto al tipo de cirugía, 18 (66,7%) se corresponde a gastrectomía vertical laparoscópica, 8 (29,6%) son bypass de una anastomosis, y solo encontramos 1 bypass gástrico laparoscópico convencional.

De los 15 pacientes con EC, se realizaron 11 (73,3%) gastrectomías verticales, 3 BAGUA y 1 bypass gástrico. Respecto a los 12 pacientes con CU, en 7 (58,3%) se realiza una gastrectomía vertical y en 5 (41,7%) se realiza bypass de una anastomosis.

Respecto al tratamiento de la EII, 8 se encuentran con corticoides, 7 con 5-ASA, 6 con inmunomoduladores y 5 pacientes con tratamiento biológico. Tras 1 año de seguimiento, solamente el 13% requiere aumentar el tratamiento. El 47,8% mantiene el tratamiento y el 39,1% puede disminuirlo.

Si clasificamos la evolución terapéutica de la EII según la intervención realizada. Respecto al BAGUA, a los 12 meses el 50% de los pacientes mantiene el tratamiento, y el 37,5% puede disminuir. Respecto a la gastrectomía vertical el 46,7% mantiene la terapia y el 40% requiere menor tratamiento.

Conclusiones: La gastrectomía vertical sigue siendo la técnica preferida, sobre todo en la EC. La tasa de complicaciones está dentro del estándar de calidad para población general. Cerca del 90% de los pacientes requiere el mismo o menor tratamiento para la EII. Tanto GVL como BAGUA ofrecen un control terapéutico adecuado a los 12 meses de la intervención en pacientes con EII.



P-056

¿Estamos preparados para la cirugía bariátrica en un programa de trasplante de hígado? Un metaanálisis Comunicaciones médicas. Póster.

López López, Víctor¹; Ruiz Manzanera, Juan José¹; Jiménez Mascuñán, M^aisabel¹; Eshmuminov, Dilmurodjon²; Lehmann, Kuno²; Sánchez Bueno, Francisco¹; Robles Campos, Ricardo¹; Ramírez Romero, Pablo¹.

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ²Hospital Universitario de Zurich.

26/05/2022 18:00 Pantalla 2

Objetivos: La enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD, por sus siglas en inglés) relacionada con la obesidad y la esteatohepatitis no alcohólica (NASH, por sus siglas en inglés) son dos causas principales de la enfermedad hepática en etapa terminal que requieren un trasplante de hígado. Los estudios que exploran la cirugía bariátrica en el ámbito del trasplante hepático han aumentado en los últimos años. Sin embargo, actualmente se carece de un análisis sistemático del tema. Existen varios factores a tener en cuenta para establecer una intervención de cirugía bariátrica en el trasplante, como son las indicaciones y selección de los pacientes, el tiempo de la cirugía bariátrica, la técnica de cirugía de reducción de peso más adecuada, las posibles complicaciones y la inmunosupresión que recibirá el paciente una vez realizado el trasplante. Este metaanálisis se realizó con el fin de analizar los resultados perioperatorios y a largo plazo de la cirugía bariátrica en pacientes obesos que se someten a un trasplante de hígado.

Material y métodos: Se realizaron búsquedas sistemáticas en bases de datos electrónicas indagando en estudios que informaran sobre cirugía bariátrica en pacientes sometidos a trasplante hepático. Los resultados primarios fueron las complicaciones posoperatorias y la mortalidad. También se extrajeron datos sobre la pérdida de exceso de peso, el índice de masa corporal y la mejora de las comorbilidades después de la cirugía bariátrica.

Resultados: Se incluyeron un total de 96 pacientes de 8 artículos. Las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con la cirugía bariátrica fueron del 37% (IC del 95%: 0,27 a 0,47) y del 0,6% (IC del 95%: 0,02 a 0,13), respectivamente. El índice de masa corporal a los 24 meses fue de 31,02 (IC 95% 25,96-36,09) con un porcentaje de pérdida de exceso de peso a los 12 y 24 meses de 44,08 (IC95% 27,90-60,26) y 49,2 (IC 95% 31,89-66,66), respectivamente. Después de la cirugía bariátrica, las tasas de mejoría de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus fueron del 61% (IC 95 % 0,45-0,75) y del 45% (IC95 % 0,25-0,66), respectivamente. En la mayoría de los pacientes, la cirugía bariátrica se realizó después del trasplante hepático y la técnica más frecuente fue la gastrectomía tubular.

Conclusiones: La cirugía bariátrica se puede realizar de forma segura en el contexto del trasplante de hígado, lo que mejora las comorbilidades relacionadas con la obesidad. El momento y la técnica óptimos requieren más estudios.

P-020

Manejo de estenosis tras fistula en pacientes operados de cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Póster.

Laguna Hernández, Pilar; Soto Schütte, Sonia; Córdova García, Diego; Alvarado Hurtado, Ricardo; Bru Aparicio, Marta; Mañes Jiménez, Félix; Díaz Pedrero, Raúl; San Román Romanillos, Rosario; Ratia Giménez, Tomás; Gutierrez Calvo, Alberto.

Hospital Príncipe de Asturias.

25/05/2022 18:00 Pantalla 3

Objetivo: revisión de la prevalencia, diagnóstico y tratamiento de estenosis tras fistula gastroenterica en pacientes operados de cirugía bariátrica.

Métodos: revisamos 72 pacientes operados entre 2017-2021 de cirugía bariátrica, así como revisión de la literatura.

Resultados: De los 72 pacientes, a 45 se les realizó una gastrectomía tubular, mientras que a 27 bypass. El 85% de los operados fueron mujeres. Del total de pacientes operados por ambas técnicas, 12 pacientes padecieron fistula con una incidencia del 16,66%, de los cuales 9 fueron mujeres y 3 hombres. Las fistulas se presentaron en 11 pacientes operados de gastrectomía tubular, y uno por bypass; siendo diagnosticado con tránsito gastrointestinal y/o endoscopia. El tratamiento de la fistula fue endoscópico con clips y Tissucol en 2-3 sesiones. Del total de pacientes con fistula, 3 pacientes padecieron estenosis (2 mujeres y 1 hombre), suponiendo por ello el 4,16% del total de enfermos y 25% de los pacientes que tuvieron fistula. Los 3 pacientes con estenosis fueron gastrectomías tubulares. El tratamiento para la estenosis postquirúrgica fue en dos ocasiones mediante dilatación endoscópica (2 sesiones), y otro con tratamiento conservador por escasa significación clínica. Uno de ellos se reconvirtió a bypass por inadecuada tolerancia clínica. La media de tiempo de resolución de estenosis fue 2 meses. Los datos se muestran en la *Tabla 1*.

Tabla 1. Datos demográficos y complicaciones de cirugía bariátrica

Tipo intervención (n= 72)	
Gastrectomía tubular	45 (62,5%)
Bypass gástrico	27 (37,5%)
Demografía (n= 72)	
Mujer	61 (85%)
Hombre	11 (15%)
IMC medio	49,24 kg/m ²
Fístula (n= 72)	12 (16,6%)
Gastrectomía tubular	11 (91,66%)
Bypass gástrico	1 (8,33%)
Tiempo a fístula (n= 12)	
Inmediata (< 7 días)	7 (58,33%)
7 ^o 10 ^o día	3 (25%)
Tardía (> 10 días)	2 (16,66%)
Estenosis tras fístula (n= 12)	3 (25%)
IMC medio	43,3 kg/m ²

Conclusiones: La fistula gástrica tras cirugía bariátrica supone una gran morbilidad para el paciente, y su tratamiento es un desafío. La incidencia de fistulas es baja similar a lo encontrado en la literatura en torno 5-10% (1). La incidencia de estenosis tras fistula es baja, ocurriendo en el bypass aparece en 3-8% de los casos, mientras que en las gastrectomías tubulares del 0,4-7% (1). Aunque el tratamiento de la estenosis postquirúrgica no está estandarizado, las técnicas endoscópicas suelen suponer el primer escalón de tratamiento (2): la dilatación endoscópica es efectiva en el 75-90% de los casos, destacando que el 1-2% requerirán cirugía de revisión (1). No debemos olvidarnos del soporte nutricional de estos pacientes y del seguimiento estrecho.

Bibliografía:

- 1) Manejo endoscópico de las complicaciones de la cirugía bariátrica C. Rodríguez-Ramos, P. Guillén-Mariscal, A. Abraldes-Bechiarelli, M.Á. Mayo-Ossorio, E. Aycart-Valdés, J.M. Pacheco-García. Cirugía Andaluza · Volumen 30 · Número 4 · noviembre 2019
- 2) Rogalski P, Swidnicka-Siergiejko A, Wasielica-Berger J, Zienkiewicz D, Wieckowska B, Wroblewski E, Baniukiewicz A, Rogalska-Plonska M, Siergiejko G, Dabrowski A, Daniluk J. Endoscopic management of leaks and fistulas after bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. Surg Endosc. 2021 Mar;35(3):1067-1087.

V-022

Cuatro tipos diferentes de hernia interna tras bypass gástrico laparoscópico en y de roux (bpyr) en pacientes con obesidad: vídeo de serie de casos Comunicaciones Médicas. Vídeo.

Almeida Vargas, Ana; Luján Colás, Juan; Aliseda Jobe, Daniel; Blanco Asensio, Nuria; Sabatella, Lucas; Álvarez-Cienfuegos Suárez, Francisco Javier; Rotellar Sastre, Fernando; Valentí Azucárate, Victor.
Clínica Universidad de Navarra.

25/05/2022 17:00 Sala D

Objetivos: La hernia interna es una potencial complicación del bypass gástrico que deber ser sospechada principalmente en pacientes con pérdida ponderal adecuada y síntomas de dolor abdominal.

Presentamos mediante vídeo, cuatro tipos diferentes de hernia interna en pacientes intervenidos de BPYR, en los que laparoscopia exploradora es una importante herramienta tanto diagnóstica como terapéutica.

Material y métodos:

Caso 1: Mujer de 47 años con pérdida de 30 kg de peso (IMC inicial: 35 kg/m²) a los 12 meses de la intervención, presenta dolor abdominal intenso de cuatro días de evolución asociado a náuseas y vómitos con exploración física dolorosa a nivel epigástrico y analítica normal. En el TAC abdominal se aprecia torsión de los vasos mesentéricos ("Stirling"), sospechándose hernia interna. Se realiza laparoscopia exploradora urgente, en la que se aprecia hernia completa por el espacio de Petersen. Realizamos reposición a su anatomía normal y cerramos con sutura ir reabsorbible el defecto del asa alimentaria a la circunferencia del colon transversal.

Caso 2: Mujer de 42 años intervenida hace 14 meses (IMC inicial: 35kg/m²) acude a consulta por dolor abdominal intermitente tipo cólico de 2 meses de evolución asociado a vómitos y estreñimiento, pérdida de peso significativa (20,8 kg/m²) y control analítico sin hallazgos patológicos. Se completa estudio con ecografía abdominal en la que se aprecia dilatación intestinal y posible signo de "Stirling". Bajo la sospecha de hernia interna, se realiza laparoscopia exploradora que demuestra hernia del asa de intestino delgado a través del defecto mesentérico del pie de asa sin signos de complicación. Se realiza cierre del orificio con sutura continua irreabsorbible.

Caso 3: Mujer de 44 años intervenida hace ocho meses, consulta por dolor abdominal intermitente tipo cólico no relacionado con la ingesta de 2 meses de evolución. La exploración física y las pruebas complementarias fueron normales, realizándose de manera programada laparoscopia exploradora en la que se aprecia orificio de anastomosis yeyuno-yeyunal sin contenido intestinal herniado en el momento. Se realiza cierre del defecto y se comprueba orificio de Petersen que se refuerza.

Caso 4: Paciente de 37 años con antecedente de gastrectomía tubular y cirugía de revisión (BPYR) por inadecuada pérdida ponderal. Presenta desde hace 4 meses dolor abdominal intermitente tipo cólico asociado a distensión abdominal postprandial. Se programa laparoscopia exploradora que demuestra orificio entre el borde de sección (línea de grapado) del asa biliopancreática y el asa alimentaria configurando una hernia interna, que se corrige.

Resultados: Las cirugías se llevaron a cabo sin complicaciones intra ni postoperatorias. Los pacientes iniciaron dieta a las 12 horas con buena tolerancia y fueron dados de alta entre el primer y segundo día postoperatorio.

Conclusiones: Ante paciente operado de BPYR laparoscópico y con pérdida ponderal establecida, la presencia de dolor abdominal intermitente tipo cólico, debe hacernos sospechar de una hernia interna. Los hallazgos clínicos y radiológicos no siempre son concluyentes y se recomienda realizar laparoscopia exploradora. Basado en nuestra experiencia y en estos cuatro casos, la laparoscopia exploradora resuelve nuestra sospecha, siendo una herramienta fundamental tanto diagnóstica como terapéutica.

V-005

Cirugía magnética de revisión: conversión de manga gástrica a bypass gástrico por puerto único Comunicaciones médicas. Vídeo.

Borjas, Guillermo; Sanchez, Néstor; Gonzalez, Maria; Urdaneta, Ali; Ramos, Eduardo; Maldonado, Andres.

Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica y Metabólica.

25/05/2022 12:30 Sala D

El Bypass Gástrico Roux-en-Y (RYGB) representa una de las mejores alternativas para la pérdida de peso en pacientes obesos logrando una pérdida de peso de hasta el 60% y una resolución de comorbilidades del 70%. La cirugía de revisión contempla múltiples técnicas que incluyen la conversión de una técnica quirúrgica a otra, modificaciones de la técnica primaria, entre otras. En la actualidad, el ERGE es un problema a largo plazo para los pacientes que se han sometido a una manga gástrica. El RYGB es una de las mejores técnicas para resolver este problema. Exponemos el caso de paciente de 36 años sometida a una manga gástrica en 2015; que en el 2021 consulta por acidez y dolor epigástrico. Se realiza el cuestionario GERD-HRQL obteniendo una puntuación de 33 puntos. En cuanto a sus medidas antropométricas eran de 64.5 kg, 142 cm y IMC de 32,4 km/m². La endoscopia digestiva reportar signos de reflujo gástrico y línea de grapado normal; las demás valoraciones por parte del equipo multidisciplinario estaban dentro de límites normales. Se decide realizar una cirugía de conversión a RYGB mediante técnica de puerto único y asistencia magnética. La cirugía tuvo una duración de 105 minutos, sin complicaciones trans ni postoperatorias. Paciente dado de alta Pósterior a las 24h bajo indicaciones nutricionales. El propósito de este reporte de caso es exponer la viabilidad de realizar una cirugía bariátrica revisional con asistencia magnética donde este dispositivo actúa casi como un segundo asistente quirúrgico en los pasos del procedimiento y además utilizando un abordaje de puerto único para hacer menos incisiones, reducir el dolor postoperatorio, la duración de la estancia hospitalaria y una mejor cosmesis. También demostramos que el sistema magnético sirve más allá de la retracción del hígado, casi como un segundo asistente quirúrgico.

Palabras clave: *Cirugía de revisión, Bypass gástrico, Manga gástrica, Cirugía magnética, Puerto único, ERGE.*

V-033

Cirugía magnética de revisión: bypass gástrico de una sola anastomosis con reganancia de peso **Comunicaciones Médicas. Vídeo.**

Borjas, Guillermo; Sanchez, Nestor; Gonzalez, Maria; Urdaneta, Ali; Ramos, Eduardo; Maldonado, Andres.

Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica y Metabólica.

25/05/2022 18:30 Sala D

El Bypass Gástrico de una sola anastomosis (BAGUA) representa una de las mejores alternativas para la pérdida de peso en pacientes obesos. La cirugía de revisión contempla múltiples técnicas que incluyen la conversión de una técnica quirúrgica a otra, modificaciones de la técnica primaria, entre otras. En la actualidad, el BAGUA tiene cerca de un 4% de revisión, donde son pocas las alternativas de cirugías de revisión disponibles. En base a esta problemática, se plantea la distalización del bypass gástrico de una sola anastomosis como una alternativa para estos pacientes. Exponemos el caso de un paciente de 42 años sometido a un BAGUA en el año 2019; que en el 2021 consulta por reganancia de peso cercana al 37% e IMC de 34,5 kg/m². Se realiza evaluación multidisciplinaria donde mediante un estudio 3D TC-scan se reporta un estómago de forma tubular y volumen mínimo. La endoscopia digestiva reportar signos de gastropatía erosiva y esofagitis grado B "Los Angeles". Las demás valoraciones por parte del equipo multidisciplinario estaban dentro de límites normales. Se decide realizar una cirugía magnética de revisión de distalización de bypass gástrico de una sola anastomosis. La distalización fue llevada a cabo agregando 490 cm al BAGUA que previamente disponía de 150 cm de asa aferente y dejando finalmente 350 cm de asa eferente. La cirugía tuvo una duración de 105 minutos, sin complicaciones trans ni postoperatorias. Paciente dado de alta Posterior a las 48h bajo indicaciones médicas y nutricionales. El propósito de este reporte de caso es exponer la viabilidad de realizar una cirugía bariátrica revisional con asistencia magnética donde este dispositivo actúa casi como un segundo asistente quirúrgico en los pasos del procedimiento y además demostrando una técnica poco empleada como alternativa para revisión de BAGUA con reganancia de peso.

Palabras clave: *Cirugía de revisión, Bypass gástrico, Bagua, Cirugía magnética, Puerto único, Reganancia de peso.*

P-067

Experiencia con retracción hepática asistida por imanes vs. Retractor hepático común en obesidad mórbida y cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Póster.

Borjas, Guillermo; Sanchez, Nestor; Gonzalez, Maria; Urdaneta, Ali; Ramos, Eduardo; Maldonado, Andres.

Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica y Metabólica.

27/05/2022 10:30 Pantalla 1

Introducción: En los últimos años la cirugía laparoscópica ha experimentado cambios innovadores. Uno de los avances recientes en la cirugía bariátrica es el uso de dispositivos magnéticos para realizar un abordaje sin incisión. Estos procedimientos, como el bypass gástrico en Y de Roux (RYGB), el bypass gástrico de una anastomosis (OAGB), la gastrectomía en manga (SG) o los procedimientos bariátricos de revisión, requieren una retracción hepática eficaz y segura para obtener una excelente exposición del hiato o unión gastroesofágica para realizar la cirugía. En algunos procedimientos se deben corregir defectos herniarios del hiato esofágico por lo que es un paso vital ver esta parte del campo quirúrgico. Se utilizan diferentes equipos quirúrgicos para realizar la retracción hepática como el dispositivo Nathanson, pinzas percutáneas, pinzas laparoscópicas, retractor Bulldog, retractor hepático PretzelFlex, disco de silicona para retracción hepática y recientemente se informó el uso de dispositivos magnéticos para realizar la retracción hepática en cirugía bariátrica.

Objetivo: Nuestro propósito es comparar la retracción hepática magnética y la retracción hepática estándar con pinza laparoscópica en pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica.

Métodos: Este estudio de casos y controles se realizó en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Todos los procedimientos se realizaron durante el período 2020 y primer semestre de 2021. Se seleccionaron aleatoriamente 100 pacientes (grupo A) en los que se utilizó cirugía sin incisión con retracción hepática magnética utilizando el sistema magnético de IMANLAP® en el lóbulo hepático izquierdo para realizar la retracción hepática y otro grupo de 100 pacientes seleccionados aleatoriamente (grupo B) donde se realizó retracción hepática común con trocar de 5 mm con pinza laparoscópica.

Resultados: Entre los 100 pacientes del grupo A la edad media fue de 38,32 años y el índice de masa corporal medio fue de 46,1 kg/m² (obesidad mórbida). El sistema magnético fue utilizado con éxito para la retracción hepática en el 95% de los casos, solo en el 5% de los casos no fue posible utilizarlo. En cuanto al índice de masa corporal, el sistema magnético fue seguro en el 97% de los casos presentando complicaciones relacionadas con el sistema magnético en solo 3 casos. Evaluando el tiempo quirúrgico en el grupo A de 93,55 min vs grupo B con 92,70 min.

Conclusión: De acuerdo a los resultados la retracción hepática magnética puede ser segura y utilizada en cirugía bariátrica en cuanto al índice de masa corporal, sin aumentar significativamente el tiempo quirúrgico o porcentaje de complicaciones.

Palabras clave: *cirugía bariátrica magnética, bypass gástrico, gastrectomía en manga, retracción hepática, obesidad mórbida.*

V-008

Gastrectomía en manga asistida con imanes por puerto único

Comunicaciones Médicas. Vídeo.

Borjas, Guillermo; Sanchez, Nestor; Gonzalez, Maria; Urdaneta, Ali; Ramos, Eduardo; Maldonado, Andres.

Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica y Metabólica.

25/05/2022 12:30 Sala D

La gastrectomía en manga es actualmente uno de los procedimientos más populares en cirugía bariátrica. Según los últimos datos, en Estados Unidos se realizan anualmente aproximadamente 125.318. Este procedimiento puede lograr el 61,1% de la pérdida de exceso de peso en cinco años y lo logra. También es un excelente procedimiento para la remisión de comorbilidades como la diabetes tipo II y la hipertensión arterial. Los nuevos abordajes, como el abordaje por puerto único, son cada vez más populares debido a sus resultados iguales a la técnica convencional y mejores resultados estéticos. Uno de los pasos más difíciles de la gastrectomía en manga por puerto único es la correcta visualización del campo quirúrgico debido a que no se utilizan métodos convencionales de retracción hepática. Ante este problema utilizamos un sistema de imanes para hacer una retracción hepática efectiva para realizar la cirugía y además potenciamos aún más el uso de este dispositivo para incluso hacer retracción del estómago. Presentamos el caso de una mujer de 29 años sin comorbilidades médicas y únicamente con antecedentes quirúrgicos de dos cesáreas. El paciente tenía un IMC de 38 kg/m² y luego de una evaluación preparatoria satisfactoria y Discusión: con nuestro equipo médico multidisciplinario, se decidió realizar una gastrectomía en manga por un solo puerto. La cirugía transcurrió sin complicaciones intraoperatorias, siendo completada en 67 minutos. El paciente es dado de alta a las 24 h por indicación médica y nutricional. Con este caso demostramos la viabilidad técnica de realizar una gastrectomía en manga con la ayuda de imanes sin complicaciones quirúrgicas y en un tiempo equiparable a la técnica convencional. También demuestra que todavía hay espacio para la innovación de esta popular técnica en cirugía bariátrica.

Palabras clave: *Puerto único, Gastrectomía en manga, Magnéticamente asistida.*

V-015

Bipartición intestinal tras gastrectomía en manga fallida: una técnica alternativa segura y sencilla en un caso desafiante por anomalías vasculares **Comunicaciones médicas. Vídeo.**

Aramburu, Alba; Lazzara, Claudio; Osorio, Javier; Sobrino, Lucia; Pujol-Gebellí, Jordi.

Hospital Universitari de Bellvitge.

25/05/2022 15:30 Sala D

Introducción: La gastrectomía vertical (GV) es la cirugía bariátrica más realizada. Su reproductibilidad y eficacia son las razones de su difusión, pero aproximadamente el 50% de los pacientes presentarán una pérdida de peso insuficiente o una recuperación de peso. El cruce duodenal (CD) ha demostrado ser la cirugía bariátrica de revisión más efectiva después de una GV fallida. También se ha propuesto el bypass gástrico (BGYR) como cirugía de revisión. Santoro et al. describieron una alternativa a CD y RYGBP llamada bipartición intestinal (IB). Es un procedimiento factible y reversible que busca obtener el efecto neuroendocrino de la estimulación ileal distal temprana, evitando la exclusión de segmentos intestinales. No existen ensayos clínicos aleatorizados que comparen sus resultados con otras técnicas. Sin embargo, sus informes preliminares muestran un buen control de peso con resolución de comorbilidades, y efectos secundarios reducidos a largo plazo. Se trata de una anastomosis gastro-ileal pre-pilórica y una ileo-ileal sin exclusión de segmentos intestinales. La disección duodenal no es necesaria, lo que la convierte en una alternativa técnica más sencilla y reproducible a la CD. En este video (tiempo de ejecución 6:39 min) presentamos nuestras sugerencias técnicas para realizar una IB segura en un paciente con una GV fallido en el que no fue factible la revisión de CD o RYGBP debido a una anomalía vascular.

Descripción del caso Varón de 51 años con índice de masa corporal (IMC) inicial de 44 Kg/m² y sin comorbilidades, intervenido de GV en 2019, remitido a nuestro centro 20 meses después de la cirugía por insuficiente pérdida de peso (IMC 38 Kg/m²). Un CD se consideró inicialmente como una cirugía de revisión. Se consultó el informe quirúrgico anterior, encontrando descripción de arteria gástrica izquierda anómala. Se realizó una angiografía por tomografía computarizada, encontrando una arteria gástrica derecha hipertrófica y una arteria gástrica izquierda derivada directamente de la arteria esplénica. Por lo tanto, se excluyeron el CD de revisión debido al riesgo de sangrado durante la disección duodenal y el BGYR debido al riesgo de isquemia del reservorio gástrico. Entonces se consideró BI para evitar la movilización duodenal y preservar la vascularización gástrica.

Se inició cirugía con movilización del GV sin encontrar dilatación ni fondus remanente. Luego se midió un asa alimentaria total de 280 cm desde válvula ileocecal realizándose una anastomosis gastro-ileal mecánica laterolateral con engrapadora lineal de 60mm. Luego se midió un asa común de 240cm, realizándose anastomosis ileo-ileal mecánica laterolateral con grapadora lineal de 60mm y dejando una asa alimentaria de 40cm. Los defectos mesentéricos se cerraron con una sutura continua no reabsorbible. Se realizó una prueba de azul de metileno para probar la anastomosis. El tiempo operatorio fue de 75 min. El paciente fue dado de alta al segundo día postoperatorio, sin incidencias. No se presentó morbilidad hasta los 90 días postoperatorios.

Conclusión: La bipartición intestinal parece ser una técnica segura de revisión después de una gastrectomía en manga fallida, especialmente en casos desafiante con anomalías vasculares o disección duodenal compleja.

O-041

La reganancia de peso tras cirugía bariátrica, ¿implica recidiva de la diabetes? Comunicaciones médicas. Oral.

Barros Segura, Marta; García Ruiz De Gordejuela, Amador; Vilallonga, Ramón; Mata, Rodrigo; Moratal, Miriam; Herms, Daniel; Caubet, Enric; González, Óscar.
Hospital Universitari Vall d'Hebrón.

26/05/2022 09:00 Sala A

Introducción: La cirugía bariátrica, además de la pérdida de peso, tiene como objetivo la mejoría de comorbilidades metabólicas relacionadas con el sobrepeso.

La tasa global de remisión de diabetes tipo 2 (D^{M2}) tras la cirugía se estima entre el 38 al 75%, y varía en función de la técnica, el tiempo de seguimiento y las series. Comienzan a presentarse series que evalúan la reaparición de la D^{M2} , siendo la reganancia ponderal uno de los factores que se ha intuido como posible responsable.

Objetivos: Analizar de forma retrospectiva si existe una correlación entre la reganancia de peso y la recidiva de la Diabetes Mellitus en pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de base de datos prospectiva de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro. Pacientes con D^{M2} que se realiza cirugía primaria, con un seguimiento de al menos 5 años. Se ha considerado reganancia ponderal significativa un aumento de al menos 10% del peso sobre el peso nadir.

Se ha analizado la evolución de la D^{M2} , la pérdida ponderal y otros factores preoperatorios.

Resultados: 133 pacientes cumplieron criterios de inclusión, 86 mujeres (64.7%), con una edad media de 50.64 años (20-69). 65 pacientes habían sido sometidos a bypass gástrico (48.9%), 67 a sleeve gástrico (50.4%) y 1 paciente a SADIS (0.8%).

72 pacientes (54.1%) presentaron reganancia ponderal significativa, de los cuales en 10 (13.89%) reapareció la diabetes, mientras que en el grupo sin reganancia fueron 5 (8.19%) sin diferencias estadísticamente significativas.

Al comparar los grupos con y sin reaparición de la D^{M2} , no hubo diferencias significativas entre diferentes tipos de cirugía, necesidad de insulina antes de la cirugía, IMC inicial, IMC final, el IMC nadir o el sexo de los pacientes.

Sin embargo, los pacientes con reaparición de diabetes presentaron pérdida de peso significativamente inferior en los distintos puntos del seguimiento.

Conclusión: En la muestra analizada, la reganancia de peso no se correlacionó con la reaparición o empeoramiento de la diabetes. Los pacientes con reaparición de la diabetes, sin embargo, mostraron menor pérdida ponderal en los distintos puntos de seguimiento.

P-006

La importancia de un buen estudio preoperatorio: el hallazgo casual de un situs ambiguous. Comunicaciones médicas. Póster.

Solbes-Vila, Ramón¹; Ferrer-Márquez, Manuel María²; Torrente-Sánchez, María José²; Solvas-Salmerón, María José³; Rubio-Gil, Francisco Antonio²; Martínez-Amo, Antonio²; Ferrer-Ayza, Manuel María².

¹HLA Policlínica del Poniente; ²HLA Mediterráneo; ³Hospital Universitario Torrecárdenas.

25/05/2022 18:00 Pantalla 1

Introducción: El situs ambiguous, o síndrome de heterotaxia con poliesplenía, es un raro trastorno genético de herencia multifactorial, que tiene una incidencia de cuatro casos por cada millón de nacidos vivos. Se caracteriza por presentar diversas anomalías en la posición de los órganos y de los vasos con respecto a la línea sagital, las cuales deben ser evaluadas por el radiólogo.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es incidir sobre la importancia de un buen estudio preoperatorio.

Material y métodos: Exponemos el caso de una paciente de 39 años que acude para tratamiento quirúrgico de la obesidad. En el estudio preoperatorio, el estudio gastroduodenal mostró un estómago e intestino en espejo y en la tomografía computarizada se encontraron imágenes que podían alertar de un situs ambiguous.

Resultados: La cirugía se inició con una revisión de las alteraciones anatómicas en el abdomen. El hígado se encontraba en la línea media y se halló poliesplenía. Los hallazgos más importantes fueron el intestino delgado en el hemiabdomen derecho y el ciego en el cuadrante superior izquierdo. La cirugía se desarrolló sin ninguna incidencia, con una duración total de 76 minutos. Se inició la ingesta oral en el primer día postoperatorio y la paciente fue dada de alta en el segundo día tras la intervención en buena condición física.

Conclusiones: Es situs ambiguous es un síndrome raro, por lo que se recomienda un estudio preoperatorio completo para la detección precoz del mismo y así evitar imprevistos durante la cirugía. Hasta donde se sabe, es el primer caso en el que se realiza un bypass gástrico de una sola anastomosis con éxito en un situs ambiguous.

P-057

Papel de la robótica frente a la laparoscopia en la cirugía bariátrica: un estudio comparativo **Comunicaciones médicas. Póster.**

Lagunas Caballero, Esther; Castanedo Bezanilla, Sonia; López Useros, Antonio; Gutiérrez Fernández, Gonzalo; Toledo Martínez, Enrique; Anderson, Edward Joseph; Valbuena Jabares, Víctor; Caíña Ruiz, Rubén; Rodríguez Sanjuan, Juan Carlos.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

26/05/2022 18:00 Pantalla 2

Objetivos: La cirugía robótica ha adquirido un protagonismo creciente durante los últimos años. A su vez, las cifras de obesidad poblacionales han experimentado un incremento significativo en todo el mundo. En la actualidad, numerosos estudios demuestran los beneficios de la cirugía bariátrica sobre todas las causas de mortalidad en pacientes obesos. El abordaje laparoscópico constituye todavía hoy el gold standard. En este contexto se plantean nuevas cuestiones, tales como el papel del abordaje robótico en la cirugía bariátrica. En la actualidad, la evidencia disponible en ese sentido es limitada. Nuestro objetivo en este estudio es valorar nuestra experiencia inicial en la realización del bypass gástrico robótico, comparándolo con el abordaje laparoscópico.

Material y métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo a pacientes intervenidos en nuestro centro (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla), realizándose un bypass gástrico entre enero de 2016 y julio de 2020 mediante abordaje laparoscópico o robótico.

Resultados: Se realizaron un total de 179 cirugías. De ellas, 125 bypass (un 70%) se hicieron por laparoscopia y 54 (un 30%) se hicieron por abordaje robótico. No hubo conversiones en ningún caso.

En la tabla I se describe la distribución de variables demográficas y comorbilidades en los 2 grupos. No fue preciso convertir a cirugía abierta en ningún caso.

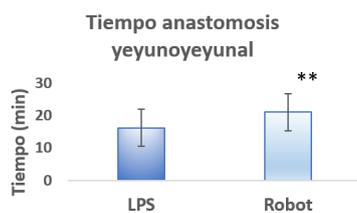
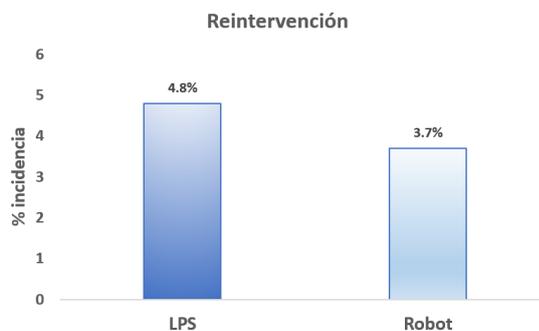
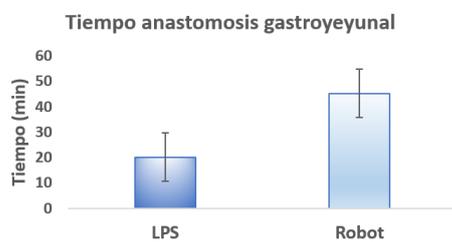
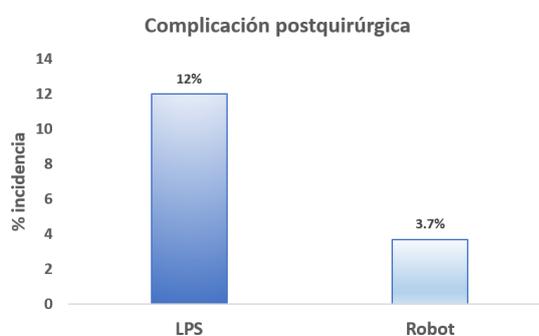
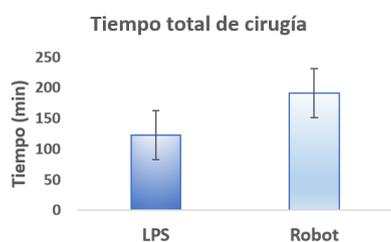
El tiempo total medio de la cirugía fue de 123 minutos en el grupo laparoscópico vs. 192 minutos en el grupo robótico. El tiempo de realización de las anastomosis fue mayor en el caso de las intervenciones llevadas a cabo por robot que en las laparoscópicas, tanto en el caso de la anastomosis gastroyeyunal (45 minutos en la robótica vs 20 minutos en la laparoscópica) como en el de la yeyunoyeyunal (21 minutos en la robótica vs 16 minutos en la laparoscópica), siendo esta diferencia estadísticamente significativa en todos los casos ($p < 0,01$).

En cuanto a las complicaciones, un total de 2 pacientes intervenidos por robot (un 3,7% de los mismos) presentaron una complicación, Clavien IIIB, que se resolvió mediante reintervención. Dentro del grupo laparoscópico, 15 pacientes (un 12%), presentaron complicaciones, y, de ellos, 6 requirieron reintervención.

Conclusiones: La cirugía bariátrica, por las características de los pacientes, con un grosor de la pared aumentado, y la presencia de organomegalias que dificultan la realización de movimientos precisos, puede llegar a ser muy demandante, con el consecuente riesgo de complicaciones.

En este sentido, la cirugía robótica se presenta como una opción para ayudar a solventar esas dificultades técnicas. En vista de nuestros resultados, a pesar de ser un abordaje novedoso en el que no contábamos con experiencia previa, la cirugía robótica parece factible y segura, manteniendo una tasa de complicaciones y reingresos similar a la laparoscopia convencional pese a un leve incremento del tiempo quirúrgico. Sin embargo, son necesarios estudios prospectivos, con mayor número de pacientes que confirmen estos hallazgos.

	LAPAROSCÓPICO	ROBÓTICO
EDAD	46,14	44,12
IMC MEDIO	46 kg/m ²	44,51 kg/m ²
D^{M2}	33,6%	27%
HTA	51%	30%
ENFERMEDAD PULMONAR	16%	8%
DISLIPEMIA	38%	38%
DIETAS PREVIAS	100%	100%
ACTIVIDAD FÍSICA FRECUENTE	30,4%	28%



P-045

Úlcera postpilórica tras bypass gástrico en Y de roux Comunicaciones médicas. Póster.

Lagunas Caballero, Esther; Anderson, Edward Joseph; Valbuena Jabares, Víctor; Caíña Ruiz, Rubén; Lozano Nájera, Ana; González Tolaretxipi, Erik; Rodríguez Sanjuan, Juan Carlos.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

26/05/2022 18:00 Pantalla 1

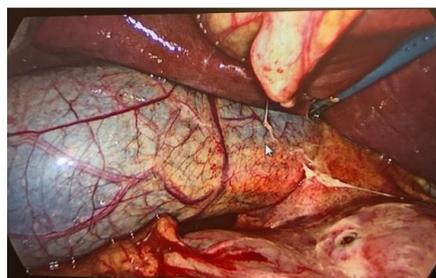
Objetivos: La cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para la obesidad mórbida en la actualidad. El número de procedimientos bariátricos anuales ha experimentado un crecimiento constante en la última década, con el consiguiente incremento en la incidencia de sus complicaciones. El objetivo es presentar un caso de úlcera postpilórica más de dos años tras bypass en Y de Roux.

Material y métodos: Varón de 34 años con antecedentes de bypass gástrico en Y de Roux en 2018, que acudió a Urgencias por dolor abdominal epigástrico súbito. A la exploración, se encontraba afebril, hemodinámicamente estable. El abdomen era blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, sin reacción peritoneal. Analíticamente anodino. Se solicitó TAC abdominal, con hallazgo de neumoperitoneo de escasa cuantía próximo a la primera porción duodenal, que sugería la presencia de úlcera perforada.

Resultados: Se decidió laparoscopia exploradora, con hallazgo de perforación postpilórica. Se realizó sutura primaria de la misma y epiploplastia. El procedimiento transcurrió sin incidencias. La evolución postoperatoria fue favorable.

El bypass gástrico en Y de Roux es uno de los procedimientos más extendidos. Entre sus complicaciones tardías, la aparición de una úlcera perforada en el remanente gástrico se considera un evento raro. A pesar de que su etiología es aún desconocida, se especula que puede atribuirse a infección por *Helicobacter pylori*, reflujo biliar o el consumo excesivo de AINEs o alcohol. En cuanto a la presentación clínica, los segmentos excluidos tras la realización del bypass gástrico muestran un comportamiento diferente al de la anatomía normal, lo que explica que estas úlceras cursen con menos frecuencia con neumoperitoneo o líquido libre intraabdominal. El tratamiento es quirúrgico e incluye diversas alternativas. En algunos casos se opta por sobresutura de la perforación tras biopsia de los bordes de la misma, que puede acompañarse de una vagotomía supra selectiva para reducir la producción de ácido local. El procedimiento puede además completarse con la elaboración de un parche omental para proteger la sutura, ya sea en forma de flap pediculado (reparación de Cellan- Jones), o de flap libre (parche de Graham). Una opción más drástica pero eficaz en la prevención de nuevas úlceras es la gastrectomía del remanente gástrico.

Conclusiones: En conclusión, la aparición de úlceras en el remanente gástrico post bypass en Y de Roux es una complicación muy infrecuente que en ocasiones puede tener un comportamiento clínico silente. No obstante, el retraso en su tratamiento puede comprometer gravemente la vida del paciente, por lo que se debe mantener un alto grado de sospecha. El tratamiento debe ser quirúrgico, mediante la reparación primaria de la úlcera o la compleción de la gastrectomía. En cuanto al seguimiento posterior de los pacientes, se recomienda la erradicación del *helicobacter pylori* en aquellos en los que éste fue positivo. La profilaxis secundaria con inhibidores de la bomba de protones ha mostrado un beneficio significativo en la reducción de la aparición y recurrencia de úlceras tras bypass gástrico.



P-037

Tumor del estroma gastrointestinal (gist) como hallazgo incidental en una cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Póster.

García Zamora, Cristina¹; Soriano Giménez, Víctor¹; Navarro Duarte, Juan Carlos¹; González Valverde, Miguel²; Tamayo Rodríguez, Marien²; Del Valle Ruiz, Sergio²; Frutos Bernal, María Dolores³; Mayol Villescás, María Ángeles¹; Hidalgo Pérez, Paloma Victoria¹; García Zamora, Josefa⁴.

¹Hospital Rafael Méndez; ²Hospital General Universitario Reina Sofía; ³Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ⁴Hospital Universitario Santa Lucía.

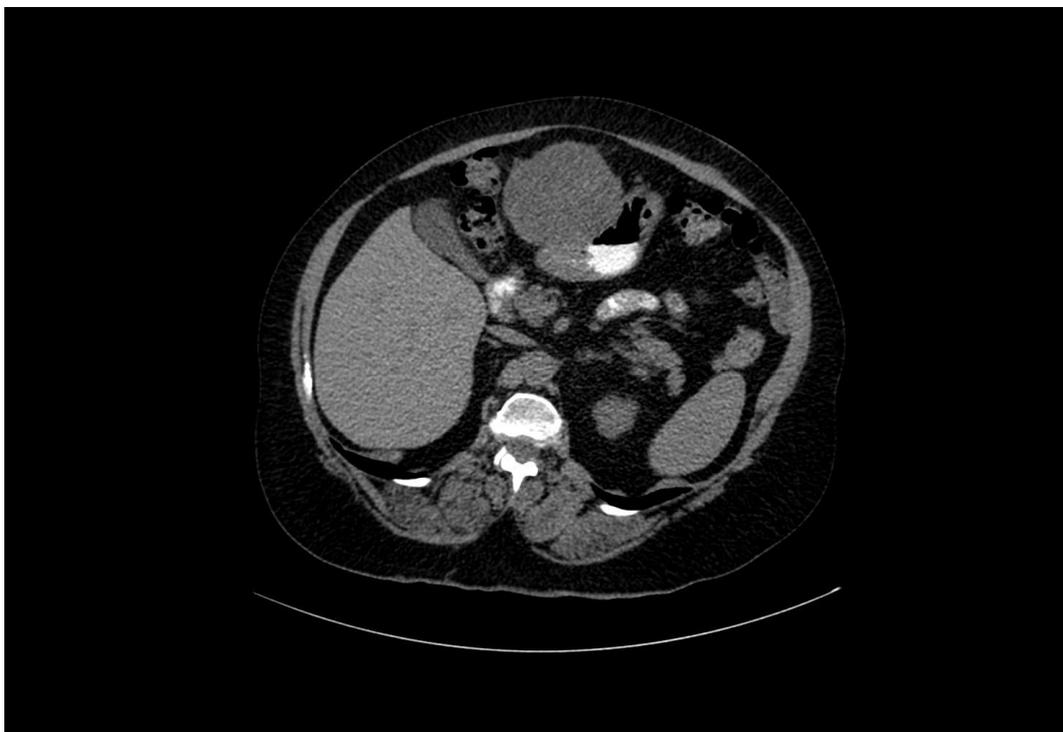
26/05/2022 11:00 Pantalla 3

Introducción: y objetivo: En la última década se ha producido un aumento de los procedimientos para el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Durante la cirugía bariátrica (CB), en un 2% de los casos se hallan de forma incidental tumores que pueden hacer modificar la técnica quirúrgica elegida y por supuesto, el pronóstico del paciente. Presentamos el caso de una mujer con obesidad mórbida que es propuesta para CB hallando una tumoración de forma incidental a nivel gástrico.

Caso clínico: Paciente de 66 años hipertensa, dislipémica y diabética II. Ha realizado seguimiento y tratamiento por parte de Endocrinología y Nutrición siendo candidata a CB tras estudio preoperatorio completo. Se realizó ecografía abdominal y endoscopia digestiva alta (EDA) cuyos hallazgos entraban dentro de la normalidad. Se interviene con el objetivo de realizar una gastrectomía vertical mediante abordaje laparoscópico hallando tumoración de aspecto quístico a nivel de antro gástrico que engloba parte de epiplon del que se toman muestras que no hallan malignidad. Se realiza también una citología de líquido ascítico que es negativo para células neoplásicas. Ante los hallazgos, se decide no realizar ningún otro acto quirúrgico en ese momento. Se realiza TAC sin contraste i.v. (la paciente se niega a la administración del mismo) evidenciándose masa gástrica xerofítica dependiente de antro (*Imagen 1*). También se solicita una ecoendoscopia, apreciándose desde cavidad gástrica gran tumoración en cara anterior-curvatura menor, a nivel de unión cuerpo antro, que respeta capas mucosa y submucosa, y depende casi exclusivamente de la muscular propia compatible con GIST. Se interviene hallando tumoración dependiente de pared anterior de antro gástrico de unos 10-12 cm. Se realiza antrectomía y bypass gástrico laparoscópico sin incidencias. El análisis anatomopatológico de la pieza informó de GIST de patrón mixto (T4N0) de riesgo moderado.

Discusión: Los GIST son un tipo de tumores que pueden ser diagnosticados durante la CB. Suponen el 1% de las neoplasias del tracto gastrointestinal, siendo los más comunes los sarcomas. La incidencia en la población con obesidad mórbida propuesta para CB es más elevada que en la población general. Por un lado, estos pacientes completan un protocolo exhaustivo de exploraciones complementarias incluyendo la EDA. Además, durante la CB, sobre todo en la gastrectomía vertical, se realiza una exploración de ambas caras gástricas. A esto se suma, que algunas técnicas de CB conllevan la exéresis de parte del estómago y su análisis histopatológico Pósterior. La mayoría se localizan en el estómago y, solo un 25% lo hacen en el intestino delgado. La localización del tumor va a condicionar la técnica de CB elegida y su seguimiento Pósterior con EDA y TAC. En el caso del bypass gástrico tiene que realizarse con pruebas de imagen. Deben ser tratados en comités multidisciplinares.

Conclusión: El cirujano bariátrico tiene que conocer el diagnóstico y tratamiento de la patología tumoral gástrica, en concreto de los GIST. El diagnóstico está relacionado con la calidad de los estudios preoperatorios y de la inspección en el acto quirúrgico, así como de la meticulosidad del análisis histopatológico.



O-001

Cirugía bariátrica de revisión: 12 años de experiencia en un hospital de tercer nivel. Comunicaciones médicas. Oral.

Vega Novillo, Viviana; García Picazo, Alberto; Gómez Rodríguez, Pilar; Pérez Zapata, Ana; González, Rosa; Carmona, Victoria; Fernández Noel, Silvia; Rodríguez Cuellar, Elías; De La Cruz Vigo, Felipe; Ferrero, Eduardo.
Hospital Universitario 12 de octubre.

25/05/2022 12:30 Sala A

Objetivos: La cirugía bariátrica de revisión está incrementando su incidencia en la actualidad (7-15%), debido al creciente aumento de los procedimientos bariátricos primarios. La pérdida de peso insuficiente, definida como inferior al 50% del exceso de peso o un IMC >35kg/m² mantenido, a pesar de una pérdida de peso adecuada, es la principal indicación. Estas cirugías exigen mayor habilidad técnica de lo habitual, debido a su gran complejidad, asociando a su vez, mayor morbi-mortalidad postoperatoria. El objetivo del estudio es valorar los resultados y eficacia de la cirugía de revisión en un hospital de tercer nivel.

Materiales y Métodos: Se desarrollo un estudio observacional, descriptivo de carácter retrospectivo, de pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre el 2010 al 2020. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, clínicas, terapéuticas y comorbilidades asociadas antes y después de la cirugía, así como de las principales complicaciones e indicaciones de la cirugía de revisión.

Resultados: Se intervinieron 758 pacientes de cirugía bariátrica, en tres servicios de cirugía general de los cuales 56 requirieron cirugía de revisión (7,4%). La mediana del tiempo entre la primera y segunda intervención fue de 95,48 meses (56.10-132.20). La mediana de peso preoperatorio fue de 123.50 Kg (114.50-136.50) con un IMC de 47.80 (43.65-50.99). Las principales comorbilidades asociadas fueron HTA (43%), DM tipo2 (25%), Dislipidemia (34%), SAOS (34%), Artropatía (12%) y trastornos Psiquiátricos (35.7%).

Respecto a las cirugías primarias, la más frecuente fue la gastrectomía vertical (59%) seguida de bypass gástrico (32%), Scopinano (3,5%) y la gastroplastia vertical anillada (1,7%). El exceso de peso perdido objetivado tras la cirugía primaria fue del 52% (16.55-66.05).

En cuanto a la indicación de cirugía de revisión, la principal causa encontrada en un 50% de los casos fue el exceso de peso perdido insuficiente, especialmente secundario a una gastrectomía vertical en un 45,5% de los pacientes. La segunda fue el reflujo gastroesofágico asociado a hernia de hiato (23%), seguido de úlcera marginal (11%) y estenosis gastroyeyunal (7%).

En relación con la cirugía de revisión, los procedimientos realizados principalmente fueron la conversión a bypass gástrico (54%), principalmente desde una GV (34%) y el SADIS (7,14%). Se realizaron también en menor porcentaje: Resección de anastomosis (8%), acortamiento de asa común (8%), cruce duodenal (4%), alargamiento asa común (2%), reversion bypass (2%), Mini Bypass 2%, cierre de pilares y disminución del reservorio (2%).

En cuanto a las úlceras de neoboca y estenosis de la anastomosis gastroyeyunal, se realizó reanastomosis, observándose una resolución en su totalidad de la sintomatología previa. Respecto al reflujo gastroesofágico presentado en un 33% de los pacientes intervenidos de GV, la conversión a Bypass gástrico y SADIS resolvió la sintomatología.

El porcentaje de exceso de sobrepeso perdido tras la cirugía de revisión fue del 71.70% (52.40-88.90) a los 24 meses.

La mayoría de las comorbilidades (80%) se solucionaron tras la cirugía primaria.

Conclusiones: El porcentaje de cirugía bariátrica de revisión en nuestro centro es similar al descrito en la literatura, siendo la pérdida insuficiente de peso la principal indicación.

P-071

Cirugía bariátrica de revisión: evaluación de eficacia, comorbilidades y resultados a medio plazo Comunicaciones Médicas. Póster.

Vega Novillo, Viviana; García Picazo, Alberto; Alegre, Cristina; González, Rosa; Carmona, Victoria; Lavín, Lucía; Gómez Rodríguez, Pilar; Rodríguez Cuellar, Elías; De La Cruz Vigo, Felipe; Ferrero, Eduardo.
Hospital Universitario 12 de octubre.

27/05/2022 10:30 Pantalla 1

Objetivos: La cirugía bariátrica ha demostrado efectividad en la resolución de comorbilidades en pacientes con obesidad, sin embargo, en ocasiones no se alcanzan los resultados esperados. La cirugía de revisión está aumentando en la actualidad, siendo sus principales indicaciones la pérdida de peso insuficiente, reganancia de peso o reaparición de comorbilidades. Asimismo, debido a su gran complejidad, estas cirugías requieren mayor capacidad técnica, no estando exentas de complicaciones. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia, resolución de comorbilidades y resultados globales de la cirugía de revisión respecto a la cirugía bariátrica primaria.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo, de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica entre los años 2010 al 2021. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, clínicas, terapéuticas y comorbilidades asociadas antes y después de la cirugía, así como de las principales indicaciones y complicaciones de la cirugía de revisión. Los pacientes fueron categorizados en dos grupos (cirugía primaria y de revisión), relacionando entre ambos la efectividad, resolución de comorbilidades y complicaciones. Las variables se analizaron mediante el programa informático Stata versión 16, estableciendo los resultados estadísticamente significativos si la $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 60 pacientes. La cirugía de revisión tuvo un promedio de duración de 193 minutos, respecto a la primaria (160 minutos) $p=0,02$, y estancia hospitalaria de 4 días respecto a 3 en la cirugía primaria. En todas las intervenciones el abordaje de elección fue laparoscópico. La mediana de exceso de peso perdido fue de 52% tras la cirugía primaria y de 70% tras la cirugía de revisión a los 24 meses de seguimiento. El mayor porcentaje de exceso de peso perdido tras la cirugía primaria se objetivó con el bypass gástrico anillado (BG), con una reducción del 88% (63-102) comparado con la gastrectomía vertical (GV) 35% (24-57) ($p < 0,028$). La GV fue la principal técnica quirúrgica que requirió cirugía de revisión (59%), la principal causa de la misma fue la pérdida de peso insuficiente (65%) seguida de reflujo gastroesofágico (33%) e intolerancia oral en un 22%. Las principales indicaciones de cirugía de revisión tras el BG fueron la úlcera marginal (20%) y estenosis de la anastomosis gastroyeyunal (10%), resolviéndose todas ellas a los 12 meses tras la cirugía de revisión ($p=0,03$). La pérdida de peso del BG tras GV fue del 69,85% (41-92), menor que tras BG primario 88% (63-102), pero se mantuvo a lo largo de 24 meses de seguimiento sin reganancia del peso. No existían diferencias en la tasa de complicaciones entre la cirugía primaria y de revisión, manteniéndose ambas por debajo del 20%, ni tampoco en la tasa de resolución de comorbilidades (90%).

Conclusiones: La cirugía de revisión presenta mayor eficacia en la resolución del exceso de peso perdido que la primaria, además de las comorbilidades asociadas, sin presentar mayor número de complicaciones ni mayor estancia hospitalaria. Siendo oportuna su indicación en la resolución de complicaciones o resultados no satisfactorios tras cirugía bariátrica primaria.

V-034

Bagua como cirugía de revisión tras gastrectomía vertical laparoscópica en paciente con hernia de hiato y estómago intratorácico

Comunicaciones médicas. Vídeo.

Ferrer Márquez, Manuel¹; Maturana Ibáñez, Vanesa²; Bellón López, Marta²; Ruiz De La Cuesta Garcia Tapia, Emilio²; Lloret Espi, Jose María².

¹Hospital Torrecárdenas; ²HLA VISTAHERMOSA.

25/05/2022 18:30 Sala D

Introducción: La cirugía bariátrica de revisión ha experimentado un aumento sustancial en la última década, representando actualmente un 7-15% de los procedimientos bariátricos que se realizan en el mundo. Conlleva una elevada dificultad técnica, con mayor tasa de complicaciones, por ello, debe realizarse en centros de referencia.

Múltiples estudios a largo plazo han sugerido la relación entre la gastrectomía vertical y el desarrollo de ERGE. En la actualidad, la realización de una gastrectomía vertical en un paciente con ERGE es considerado para muchos expertos una contraindicación relativa.

El bypass gástrico de una anastomosis (OAGB) ha ganado popularidad en la última década. Kermansaravi et al publicaron en 2020 una revisión sistemática sobre el BAGUA como cirugía de revisión tras procedimientos restrictivos. Incluyeron un total de 1771 pacientes y concluyeron que esta técnica quirúrgica es factible y segura como procedimiento de revisión en cirugía bariátrica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 43 años con antecedentes de gastrectomía vertical laparoscópica en 2008. La paciente perdió 60 kg, pero Posteriormente ganó 30 kg, de manera que, en el momento de la valoración por nuestro equipo, la paciente pesaba 83 kg (IMC 35,7 kg/m²). Refería historia de ERGE de larga evolución que inició antes de la primera intervención bariátrica y que había empeorado a lo largo de los años, estando en tratamiento con Nexium 40 mg/24h y presentando, a pesar de este tratamiento, persistencia de los síntomas de reflujo.

En el estudio preoperatorio se realiza tránsito esófago-gastro-duodenal evidenciando una importante hernia de hiato, con estómago intratorácico y reflujo gastro-esofágico.

Se decide indicar cirugía de revisión. Realizamos laparoscopia a través de 5 trócares de 12 mm. Liberamos adherencias de la intervención previa. Identificamos el tubo gástrico, seccionamos el ligamento freno-esofágico y liberamos los pilares del diafragma. Reducimos la hernia y realizamos un cierre de los pilares del diafragma con sutura barbada irreabsorbible. A continuación, realizamos un bypass gástrico de una anastomosis. Seccionamos el tubo gástrico a través de la incisura angularis. Seccionamos el epiplón mayor. Identificamos el ángulo de Treitz y desde ahí medimos 200 cm de asa bilio-pancreática. Ascendemos el asa y realizamos sutura anti-reflujo. Completamos la técnica mediante una anastomosis gastro-yeyunal mecánica y cerramos el defecto intestinal con doble sutura barbada. Realizamos prueba de estanqueidad con azul de metileno a través de la sonda de Foucher sin evidenciar fugas. Colocamos un drenaje tipo Blake.

La evolución postoperatoria fue favorable, recibiendo el alta hospitalaria a las 48h de la intervención y estando actualmente sin tratamiento para la ERGE.

Conclusión: El número de cirugías bariátricas ha crecido en los últimos años, por lo que cada vez son más los pacientes que requieren cirugía de revisión. Si bien las revisiones se pueden asociar con tasas de morbilidad más elevadas y resultados óptimos que los observados con los procedimientos primarios.

Consideramos esencial el estudio individual de cada paciente, adecuando la elección de la técnica quirúrgica. Se aconseja una técnica minuciosa y cuidadosa intentando disminuir las complicaciones.

P-016

DetECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA TRIGGER TOOL.

Comunicaciones médicas. Póster.

Perez Zapata, Ana Isabel¹; Ruiz López, Pedro¹; Rodríguez Cuéllar, Elías¹; De La Fuente Bartolomé, Marta²; Martín-Arriscado Arroba, Cristina¹; García Morales, María Teresa¹; Loinaz Seguro, Carmelo¹; Ferrero Herrero, Eduardo¹; De La Cruz Vigo, Felipe¹.

¹Hospital Universitario 12 de octubre; ²Hospital Infanta Elena.

25/05/2022 18:00 Pantalla 3

Objetivos: La cirugía es un área de gran incidencia de eventos adversos (EA), suponiendo daño al paciente y aumento del empleo de recursos. La elaboración de herramientas específicas en el campo de la seguridad del paciente es una prioridad en los sistemas sanitarios. En el año 2018 se llevó a cabo un estudio de ámbito nacional sobre EA en unidades de cirugía. Se comunican los resultados de este estudio sobre los pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y multicéntrico, de ámbito nacional en pacientes sometidos a cirugía bariátrica desde septiembre de 2017 a enero 2018.

Se aplicó la herramienta trigger para la detección de EA. Se incluyeron 40 triggers.

Para la categoría de daño de los EA se empleó la clasificación de la «National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention»

Se editaron una guía de cribado atendiendo a los criterios de búsqueda de triggers y EA y un vídeo-tutorial de formación. Las historias clínicas fueron revisadas siguiendo la guía de cribado para la identificación de triggers. Tanto las historias fueron revisadas para la búsqueda de EA.

Se realizó un análisis descriptivo. Se evaluó la presencia de EA así como su tipo y categoría de daño. Se determinó la validez predictiva de la herramienta para detectar la presencia de EA, se utilizaron la sensibilidad y especificidad diagnósticos, así como el valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN). Este estudio fue aprobado por el comité ético del centro coordinador y subvencionado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, a través del proyecto PI17/01374 del Instituto de Salud Carlos III.

Resultados: Participaron 31 hospitales con un total de 1132 pacientes. 27 de los cuales fueron sometidos a cirugía bariátrica. Se detectaron un total de 13 EA en 7 pacientes siendo la prevalencia de EA del 25,9 %. Los EA detectados su categoría de daño se exponen en la tabla 1.

Tabla 1. EA y categoría de daño

	Frecuencia de aparición	Categoría de daño
Complicación respiratoria no infecciosa	2	H
Perforación intestinal	2	H
Sangrado intraabdominal. Hemoperitoneo	2	E
Hemorragia digestiva	1	
Estenosis de la anastomosis	1	E
Tromboflebitis periférica	1	E
Parestesia por presión	1	F
Hematoma de herida quirúrgica	1	F
Flebitis	1	E
Reacción alérgica	1	H

Categoría E: daño temporal que requiere intervención; categoría F: daño temporal que requiere reingreso o prolongación de la estancia; categoría G: daño permanente al paciente; categoría H: daño que requiera intervención indispensable para mantener la vida.

La herramienta mostró una sensibilidad del 100%, una especificidad del 75% con un VPP del 53,84% y un VPN del 100%.

Conclusiones: La prevalencia de EA es ligeramente mayor a la descrita en la literatura. La herramienta mostró una alta sensibilidad y VPN pero menor especificidad y VPP. Estudios con un mayor número de pacientes son necesarios para el desarrollo de la HT específica en cirugía bariátrica.

V-036

Manejo quirúrgico de la estenosis de la anastomosis gastroyeyunal luego de bypass gástrico en Y de roux.

Petrola Chacón, Carlos; García, Amador; Vilallonga, Ramon; González, Oscar; Caubet, Enric; Armengol, Manel.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón.

26/05/2022 09:00 Sala D

Introducción: La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal se presenta luego del bypass gástrico en Y de Roux con una tasa que oscila entre un 2.9 a un 23%. El tratamiento de la misma es principalmente la dilatación endoscópica, pero cuando son refractarias, la revisión quirúrgica de la anastomosis es una técnica efectiva, con una tasa de éxito por encima del 95%. **MÉTODOS:** el objetivo de este vídeo es presentar el manejo quirúrgico de la estenosis de la anastomosis gastroyeyunal luego del bypass gástrico en Y de Roux en dos escenarios diferentes, con dos técnicas de confección de anastomosis diferentes (mecánica y manual). **CONCLUSION:** la estenosis de la anastomosis gastroyeyunal es una complicación frecuente luego del bypass gástrico en Y de Roux y aunque el tratamiento es principalmente endoscópico, la cirugía de revisión es una técnica segura con una tasa de éxito adecuada.

P-079

Resultados a largo plazo del bypass gástrico vs gastrectomía tubular en pacientes diagnosticados de obesidad mórbida: nuestra experiencia

Comunicaciones médicas. Póster.

Soto Schütte, Sonia; Laguna Hernández, Pilar; Córdova García, Diego Martín; San Román Romanillos, María Rosario; Alvarado Hurtado, Ricardo; Bru Aparicio, Marta; Diaz Pedrero, Raul; Serrano Yebenes, Eduardo; Ratia Gimenez, Tomás; Gutiérrez Calvo, Alberto José.

Hospital Príncipe de Asturias.

27/05/2022 10:30 Pantalla 2

Objetivo: La obesidad es uno de los principales problemas de salud en la actualidad a nivel mundial y su prevalencia está en continuo aumento. Se considera que la cirugía bariátrica es el único tratamiento que ha demostrado ser capaz de mejorar las comorbilidades asociadas y mantener el peso a largo plazo, así como mejorar la calidad de vida de estos pacientes. La técnica gold standard para la cirugía de obesidad es el bypass gástrico. Sin embargo, la realización de gastrectomía tubular está en aumento y cada vez está más extendida. El objetivo de este estudio es presentar los resultados a largo plazo de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica mediante la realización de bypass gástrico y gastrectomía tubular en nuestro servicio.

Métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo. Se recogen los pacientes diagnosticados de obesidad mórbida en nuestro centro desde enero 2015 hasta diciembre de 2017. Se incluyen los pacientes intervenidos mediante cirugía bariátrica mediante bypass gástrico o gastrectomía tubular y se analizan variables de edad y sexo, las relacionadas con la intervención, valores antropométricos y comorbilidades asociadas en el momento de la intervención y a los 5 años de la misma.

Resultados: En el periodo observado, se intervienen un total de 110 pacientes, de los cuales, en 41 pacientes (37%) se realizó bypass gástrico y en 69 pacientes (63%) se realizó una gastrectomía tubular. El 28% de los casos eran hombres y el 72% mujeres y la edad media de 46,2 años. En el caso del bypass gástrico, el peso e IMC (Índice de Masa Corporal) medio previo a la intervención era de 138kg y 51,19, respectivamente y en la gastrectomía tubular 124kg y 45,98, respectivamente. A los 5 años de la intervención, el peso medio desciende hasta los 100kg y el IMC a 36,99 y en el caso de la gastrectomía tubular el peso desciende a 91kg y un IMC 33,71. El porcentaje de sobrepeso perdido en el grupo del bypass gástrico fue del 55,29% y en el grupo de gastrectomía vertical de 60%. En la tabla se exponen las principales resultados y comorbilidades relacionadas con la obesidad obtenidas en ambos grupos (Tabla 1).

Conclusiones: La cirugía de obesidad mórbida consigue una reducción del peso y del IMC, así como, una mejora en las comorbilidades asociadas. En nuestro estudio se observa una mejora relevante a largo plazo en todas las variables estudiadas, disminuyendo tanto en el bypass gástrico como en la gastrectomía tubular, el diagnóstico de diabetes Mellitus, hipertensión arterial, dislipemia y SAOS en un alto porcentaje de los casos. Por tanto, la cirugía bariátrica es un procedimiento efectivo en el tratamiento de la obesidad mórbida y ha demostrado mejorar el manejo de las comorbilidades asociadas.

	PREVIO A INTERVENCIÓN		TRAS 5 AÑOS DE INTERVENCIÓN	
	Bypass gástrico	Gastrectomía tubular	Bypass gástrico	Gastrectomía tubular
Peso (kg)	138	124	100	91
IMC	51,19	45,98	36,99	33,71
% sobrepeso perdido			55,29%	60%
Diabetes mellitus	29%	34%	4%	17%
Hipertensión arterial	49%	45%	24%	33%
Dislipemia	34%	29%	12%	26%
SAOS	54%	39%	27%	26%

O-020

¿Incurrimos en un sesgo sistemático al comparar grupos con diferente peso inicial usando la métrica “Porcentaje de Peso Total Perdido”?

Comunicaciones Médicas. Oral.

Beisani Pellise, Marc¹; Garcia Ruiz De Gordejuela, Amador²; Vilallonga Puy, Ramón²; González López, Óscar²; Osorio Aguilar, Javier³; Casajoana Badia, Anna⁴; Pera Román, Manuel⁴; Sabench Pereferrer, Fatima⁵; Del Castillo Dejardin, Daniel⁵; Pujol Gebellí, Jordi³.

¹Hospital Moisès Broggi; ²Hospital Universitari Vall d’Hebrón; ³Hospital Universitari de Bellvitge; ⁴Hospital del Mar; ⁵Hospital Universitari Sant Joan.

25/05/2022 15:30 Sala A

Objetivo: El Porcentaje de Peso Total Perdido (%TWL) es la métrica recomendada por las principales revistas y sociedades científicas para analizar la pérdida ponderal tras cirugía bariátrica. Sin embargo, el %TWL parece no ser independiente del índice de masa corporal (IMC) inicial, incurriendo potencialmente en un sesgo sistemático. El objetivo de este estudio fue determinar la influencia del IMC inicial en los resultados ponderales expresados mediante %TWL y analizar el posible efecto confusor de la edad, el sexo y la presencia preoperatoria de diabetes mellitus tipo 2 (D^{M2}).

Material y métodos: Se analizaron retrospectivamente las bases prospectivas de 4 grandes centros bariátricos nacionales. Se incluyeron todos los pacientes entre 18 y 65 años e IMC inicial entre 35 y 60 kg/m² que hubieran recibido un bypass gástrico laparoscópico sin complicaciones postoperatorias y no hubieran perdido más de una visita en los primeros 3 años de seguimiento postoperatorio. La cohorte se dividió en quintiles de IMC inicial (Q1 a Q5) para obtener grupos de tamaño homogéneo. Se analizó la evolución ponderal al nadir y en los meses postoperatorios 6, 12, 18, 24 y 36 en la cohorte completa, y también por subgrupos de sexo y presencia preoperatoria de D^{M2}. Asimismo, se realizaron análisis de correlación y regresión lineal multivariante en los meses 12, 24 y 36.

Resultados: Se obtuvieron 1348 pacientes, intervenidos entre 1998 y 2028. La edad media fue de 44,6 (±9) años, y el IMC inicial medio de 45,6 (±5) kg/m². Un 80,9% eran mujeres y un 28,3% presentaba D^{M2} preoperatoria. El %TWL medio al nadir y los 36 meses fue, respectivamente, de 38,3% (±8) y 34,8% (±9). No se encontraron diferencias significativas entre quintiles en ninguna variable preoperatoria.

Al analizar la evolución ponderal se observó como el %TWL era progresiva y sistemáticamente mayor en cuanto mayor fuera el IMC inicial del quintil (Fig. 1), siendo estas diferencias estadísticamente significativas en todos los puntos de seguimiento ($p < 0,001$) y alcanzando un 8,8% entre Q1 y Q5 a los 36 meses. El mismo patrón se repitió en los 4 subgrupos de sexo y D^{M2} preoperatoria (Fig. 2), siendo las diferencias también estadísticamente significativas en todos los puntos de seguimiento ($p < 0,001$). A los 12, 24 y 36 meses existía una correlación entre el %TWL y el IMC inicial ($r = 0,26, 0,33$ y $0,33$, respectivamente; $p < 0,001$), y el IMC inicial fue el principal factor predictor del %TWL en los análisis de regresión multivariante (coeficiente beta estandarizado de 0,33, 0,31 y 0,32, respectivamente; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes con mayor IMC inicial presentaron un mayor %TWL en todos los puntos de seguimiento y en todos los subgrupos. Este efecto parece ser independiente de otros factores preoperatorios como la edad, el sexo o la presencia de D^{M2}. Aunque su impacto pueda no ser muy fuerte, este sesgo sistemático debería tenerse en cuenta al comparar grupos con diferente IMC inicial, especialmente entre los extremos.

P-068

Diagnóstico y manejo de úlcera de boca anastomótica tras Bypass gástrico Comunicaciones Médicas. Póster.

Sánchez Peláez, Daniel; Gil Rendo, Aurora; Martínez De Paz, Fernando; Menchen Trujillo, Bruno; Martínez Pinedo, Carlos; Jimenez Higuera, Elisa; Fernández Camuñas, Ángel; Ruiz Garcia, Pablo; Fernández Elvira, Elena; Martín Fernández, Jesús.

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

27/05/2022 10:30 Pantalla 1

Introducción:

El Bypass Gástrico es una técnica eficaz y segura en el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades asociadas. Consta de dos anastomosis, una de ellas gastroyeyunal en la cual puede aparecer una úlcera de boca anastomótica. A continuación, se describe el diagnóstico y manejo de úlcera anastomótica en nuestro paciente. Se ha descrito en diferentes series una incidencia de úlcera de boca anastomótica entre 0,6 – 16% en los pacientes intervenidos de Bypass gástrico. En nuestro centro se realiza gastroscopia, biopsias y tránsito intestinal de rutina previa a intervención quirúrgica para descartar lesiones previas

Material y métodos: Paciente varón de 50 años con un IMC de 46,7 Kg/m² con Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Dislipemia que es intervenido de Bypass Gástrico laparoscópico sin incidencias, que presenta dolor epigástrico en el 6 mes postoperatorio sin otras complicaciones asociadas. Buena tolerancia oral y pérdida de peso adecuada. No presentó episodios de hematemesis.

Resultados: Dada la clínica de nuestro paciente se decide realiza gastroscopia donde se objetiva a nivel de la anastomosis gastroyeyunal presenta gran ulceración fibrinada de aproximadamente 3 cm que engloba la línea de sutura de aspecto isquémico, con bordes regulares de aspecto inflamatorio. No se apreciaron alteraciones en la anastomosis del pie de asa. Los resultados de anatomía patológica de las biopsias fueron fragmentos superficiales de mucosa gástrica y de intestino delgado con leves cambios inflamatorios inespecíficos.

Dados estos resultados, se instaure tratamiento médico con hábitos higiénico dietéticos y altas dosis de IBPs, con buen manejo de sintomatología. Se realiza gastroscopia Pósterior con resolución de lesión. Se mantiene tratamiento con IBPs

Conclusiones: Nuestro paciente presentó a los 6 meses de la intervención quirúrgica, una úlcera de boca anastomótica de la anastomosis gastroyeyunal con buena respuesta a tratamiento con IBPs. Tras el tratamiento, no presentó más complicaciones, sin presentar estenosis ni episodios de obstrucción.

El tratamiento conservador de las úlceras de anastomosis gastroyeyunal es un tratamiento eficaz y seguro del que responden la mayoría de úlceras.



P-021

Fistula enterocutanea tras bypass gástrico en paciente con nulo seguimiento postquirúrgico. A proposito de un caso

Comunicaciones médicas. Póster.

González Hernández, Sergio; Guil Ortiz, Beatriz; Montes Montero, Alberto; Rodríguez González, Diana; Arteaga González, Iván.
Hospital Universitario de Canarias.

25/05/2022 18:00 Pantalla 3

Introducción: Las fístulas enterocutaneas son complicaciones postquirúrgicas muy temidas por las consecuencias que acarrear y su difícil manejo. A pesar de que algunos centros han publicado su experiencia, no hay información suficiente en la literatura sobre la morbilidad y mortalidad de esta entidad. Se estima que la mortalidad tras desarrollar una fístula enterocutanea se encuentra entre el 10-30% con los datos que hay publicados. En el caso que describimos a continuación vemos como una fístula enterocutanea lleva a una paciente a acudir a urgencias, evidenciándose un nulo seguimiento post quirúrgico.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 45 años, intervenida de cirugía barbárica mediante un bypass gástrico distal (sin disponibilidad de informes). La paciente presentaba un peso prequirúrgico de 126 Kg, teniendo un peso actual tras de 5 años de la cirugía de 74 Kg. La paciente decide acudir a urgencias porque objetiva salida de contenido alimentario a través del ombligo, sin ningún otro síntoma.

A nuestra valoración observamos efectivamente una fístula entero cutánea en la zona umbilical, que la paciente refiere que es de nueva aparición.

Analíticamente llama la atención una Hb de 3.9 g/dL con datos de anemia microcítica y datos severos de malnutrición, con proteínas totales y prealbúmina muy por debajo de los límites normales.

A pesar de los datos analíticos, la situación clínica de la paciente era excelente, solo destacando una leve palidez mucocutanea. Llama la atención que la paciente acudía tras realizar ejercicio intenso, muy bien tolerado.

Tras una correcta optimización prequirúrgica por parte del servicio de endocrinología, llevamos a cabo la cirugía. Realizamos una laparotomía media de pequeño tamaño, objetivando el borde antimesentérico del pie de asa de la cirugía previa incarcerated a través de una pequeña hernia umbilical. Se realiza la resección del borde antimesentérico del asa tras comprobar que existe calibre suficiente.

Tras un postoperatorio sin complicaciones y tras la corrección de la anemia se procede a dar de alta a la paciente. Durante el seguimiento por parte de endocrinología, ya con una pauta de suplementación alimenticia correcta, se corrige por completo tanto la anemia como el estado de desnutrición.

Conclusión: En este caso, la aparición de la fístula enterocutanea ha permitido el diagnóstico de un cuadro de malnutrición severo, que de no haberse detectado podría haber tenido consecuencias fatales para la paciente. Aunque la fístula se pudo resolver sin incidencias, cabe destacar el alto riesgo de intervenir a un paciente con un estado nutricional tan deficiente, tanto por la poca reserva funcional ante una posible complicación, como por el déficit de cicatrización que puede provocar fallos de anastomosis o suturas intestinales. De esto podemos extraer la gran importancia del manejo multidisciplinar de estos pacientes en conjunto con el servicio de endocrinología, tanto en el preoperatorio como en el seguimiento Pósterior.

O-061

Adenocarcinoma Gástrico tras Gastrectomía Vertical Laparoscópica (SG). Importancia del seguimiento clínico y endoscópico en los pacientes intervenidos de Cirugía Bariátrica

Comunicaciones Médicas. Oral.

Paris, Marta; Sanchez-Cano, Juan José; Buils, Francisco; García, Maria Alejandra; Raga, Esther; Vives, Margarida; Bartra, Elia; Hernández, Mercedes; Sabench, Fatima; Del Castillo Déjardin, Daniel.

Hospital Universitari Sant Joan.

26/05/2022 12:30 Sala A

Introducción: En los últimos años se están analizando con detalle los efectos y complicaciones a largo plazo tras Gastrectomía Vertical Laparoscópica (SG), la cirugía bariátrica más empleada actualmente a nivel mundial. El reflujo gastroesofágico, el esófago de Barret y la posible malignización de la unión esofagogástrica son actualmente el punto de mira de muchos bariátricos. Sin embargo, el cáncer de cuerpo gástrico es poco frecuente y la presencia de lesiones premalignas en el estudio endoscópico preoperatorio debe alertar del riesgo de excluir el cuerpo gástrico con técnicas derivativas. Actualmente, las sociedades científicas aconsejan realizar fibrogastroscopia (FGS) previa a la cirugía bariátrica en todos los pacientes; así como en el posoperatorio de pacientes con riesgo de cáncer gástrico (antecedentes familiares neoplasia gástrica, presencia de metaplasia incompleta, gastritis por *Helicobacter Pylori* persistente, gastritis atrófica extensa o gastritis autoinmune). Sin embargo, la FGS posoperatoria de rutina sigue siendo una recomendación leve con nivel de evidencia bajo, dado que no se conoce la incidencia real de cáncer gástrico en este tipo de pacientes.

Paciente y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 51 años con obesidad mórbida, hipertensión arterial, SAOS, fibromialgia, síndrome depresivo y psoriasis que inició en el programa de Cirugía Bariátrica con un peso de 129kg (IMC 51kg/m²). FGS preoperatoria sin alteraciones (biopsias antrales: gastritis crónica con actividad moderada, metaplasia intestinal completa y *Helicobacter pylori* positivo). Se realizó SG sin incidencias, con adecuada pérdida ponderal durante 2 años (IMC 35kg/m², TWL 31%) y resolución de las comorbilidades. FGS de rutina a los 18m posoperatorios normal (biopsias: gastritis crónica superficial con metaplasia intestinal completa). Posteriormente, recuperación ponderal progresiva hasta IMC 40kg/m² a los 3 años posoperatorios, por lo que se planteó cirugía de conversión. TEGD y FGS preoperatorias: tumoración de gran tamaño mamelonada y ulcerada en incisura angularis con aspecto de malignidad, biopsia con displasia de alto grado. Se completó estudio con tomografía computarizada descartando afectación local y a distancia. Clínicamente inicio de sintomatología digestiva 3 meses previos a la FGS. Se procedió a una Gastrectomía Subtotal D1 con reconstrucción en Y de Roux laparoscópica. No hubo complicaciones posoperatorias. La anatomía patológica confirmó Adenocarcinoma de tipo intestinal pT1apN0 sobre adenoma de 60mm con márgenes libres. No requirió de tratamiento adyuvante. La paciente ha presentado una buena recuperación clínica con progresiva pérdida ponderal hasta el último control (3m posoperatorios).

Discusión y conclusiones La IFSO y la ASMBS aconsejan la realización de FGS posoperatoria en todos los pacientes sometidos a SG hasta que se determine el riesgo real de cáncer gástrico en estos pacientes. Aun así, no coinciden en qué momento y ni en qué periodicidad debería realizarse la prueba. La detección precoz puede evitar la necesidad de tratamiento adyuvante o de lesiones a distancia. Es imprescindible que se publiquen los casos de cáncer gástrico tras cirugía bariátrica para poder analizar su incidencia real y facilitar así la confección de guías clínicas y recomendaciones de seguimiento con mayor nivel de evidencia científica.

V-016

Bypass duodeno-ileal de una sola anastomosis primario asistido por robot **Comunicaciones Médicas. Vídeo.**

Curell, Anna; González-Atienza, Paula; Besa, Anaïs; Ibarzábal, Ainitze; Morales, Xavier; Momblán, Dulce; Lacy, Antonio M.; Balibrea, Jose M.
Hospital Clínic de Barcelona.

25/05/2022 15:30 Sala D

Introducción: El *bypass* duodeno-ileal de una sola anastomosis (SADI-S) ha demostrado su efectividad en pacientes obesos mórbidos respecto a pérdida ponderal y mejoría de las comorbilidades a largo plazo. Se puede plantear como tratamiento primario o como estrategia secuencial en aquellos pacientes con IMC muy elevados y comorbilidades importantes, como un segundo tiempo tras una gastrectomía vertical (GV) previa. El uso de plataformas robóticas ofrece múltiples ventajas técnicas en cirugía de la obesidad de elevada complejidad: mejor precisión y ausencia de temblor, instrumentos articulados, mayor rango de movimiento, control directo de la óptica junto con visión 3D y ventajas a nivel ergonómico.

Métodos Presentamos un caso de SADI-S primario asistido por robot Da Vinci Xi® (Intuitive Surgical).

Resultados: Paciente mujer de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo II, síndrome de apnea-hipopnea del sueño con requerimiento de CPAP domiciliario y esteatosis hepática en grado moderado. IMC preoperatorio de 47.1 kg/m², con un exceso de peso de 50 kg. La paciente no tenía clínica de reflujo gastroesofágico, y la endoscopia preoperatoria no mostró signos de esofagitis ni hernia de hiato. Se realizó un acceso asistido por robot con cinco puertos, uno de ellos de asistencia. La intervención quirúrgica tuvo una duración de 195 minutos (incluyendo *docking*) y transcurrió sin incidencias. Se realizó una gastrectomía vertical tutorizada con sonda de Faucher de 36 Fr, realizándose 6 disparos de Signia (1x 45mm carga morada, 1x 60mm carga morada, 4x 60mm carga beige). Se realizó una anastomosis duodeno-ileal termino-lateral manual biplano. No hubo complicaciones durante el postoperatorio, siendo dada de alta el primer día en régimen de hospitalización a domicilio. Pósteriormente ha presentado una buena progresión en la tolerancia oral, así como adherencia a las recomendaciones de cara al seguimiento. A los 13 meses de la intervención, el IMC actual de la paciente es de 29.8 kg/m², su EWL% es del 78% y su TWL% del 36.79%. Actualmente no requiere tratamiento con antidiabéticos orales ni tratamiento con CPAP. La ecografía abdominal realizada al año de la cirugía muestra resolución de la esteatosis hepática. No aqueja esteatorrea ni ha presentado déficits nutricionales. Como única incidencia, se encuentra pendiente de colecistectomía electiva por colelitiasis sintomática.

Conclusiones: El uso de plataformas robóticas en SADI-S primarios ofrece múltiples ventajas a nivel técnico en pacientes con IMCs elevados y múltiples comorbilidades. Tanto los buenos resultados de evolución ponderal como la ausencia de complicaciones hacen que sea una buena alternativa a tener en cuenta en estos pacientes.

O-011

Implementación del uso de cirugía robótica para la realización de bypass duodeno-ileal con gastrectomía vertical (sadi-s)

Comunicaciones médicas. Oral.

Curell, Anna; González-Atienza, Paula; Holguin, Victor; Ibarzábal, Ainitze; Flores, Lilliam; Andreu, Alba; Morales, Xavier; Momblán, Dulce; Lacy, Antonio M.; Balibrea, Jose M.

Hospital Clínic de Barcelona.

25/05/2022 12:30 Sala A

Introducción:

El *bypass* duodeno-ileal de una sola anastomosis (SADI-S) es una técnica de cirugía bariátrica que ha demostrado beneficios respecto a pérdida ponderal y mejoría de las comorbilidades a largo plazo. Se puede plantear como tratamiento primario o como estrategia secuencial en aquellos pacientes con IMC muy elevados y comorbilidades importantes, como un segundo tiempo tras una gastrectomía vertical (GV) previa. Debido a la complejidad de este tipo de pacientes, el uso de plataformas robóticas ofrece múltiples ventajas en cirugía de la obesidad.

Métodos

Desde que se inició el programa de cirugía bariátrica robótica en nuestro centro en febrero de 2020, se han intervenido 6 pacientes de SADI-S asistidos por robot Da Vinci Xi® (Intuitive Surgical), uno de ellos como SADI-S primario y los cinco restantes como segundos tiempos en pacientes portadores de una GV previa.

Resultados: Del total de 6 pacientes, 66.6% eran mujeres. La edad media era 48.6 años (25—64). El IMC preoperatorio medio era 50.72 kg/m² (42.9—58.74). Los pacientes con antecedente de GV tenían un IMC medio previo a la primera intervención de 54.43 kg/m² (43—67.75), habiendo transcurrido una media de 67.2 meses tras la primera cirugía (16—87). En cuanto a los tiempos quirúrgicos (incluyendo acoplamiento del robot), la cirugía del SADI-S primario duró 195 minutos, mientras que los segundos tiempos una media de 154.75 minutos (120—215), siendo necesario en un caso convertir a laparoscopia por conflicto entre los brazos del robot e imposibilidad de maniobrar debido al grosor de la pared abdominal. En todos los casos la anastomosis fue terminolateral manual biplano. La estancia hospitalaria postoperatoria media fue de 2.16 días (2—3). No se registraron complicaciones intra ni postoperatorias, reintervenciones, reingresos ni visitas a urgencias postoperatorias. Con una media de seguimiento de 12 meses (8—16), el IMC medio en el último control es de 37.26 kg/m² (29.8—45.5), con una media de EWL% de 53.04% (39.01—78) y de TWL% de 26.45% (17.69—36.79).

Conclusiones: El uso de plataformas robóticas en SADI-S, tanto primarios como en segundos tiempos, ofrece múltiples ventajas a nivel técnico en pacientes con antecedentes de cirugías previas e IMCs elevados. Tanto los buenos resultados de evolución ponderal como la ausencia de complicaciones hacen que sea una buena alternativa a tener en cuenta en estos pacientes.

P-082

Bypass gástrico: Longitudes de las asas. ¿Donde estamos?. Revisión crítica de la bibliografía y definición de conceptos básicos para analizar los Resultados: Comunicaciones Médicas. Póster.

**Paris, Marta¹; Lobo, Nicolás¹; Vives, Margarida¹; Bartra, Elia¹; Raga, Esther¹;
Hernández, Mercedes¹; Trinidad, Anna¹; Sabench, Fatima²; Del Castillo Déjardin,
Daniel¹.**

¹Hospital Universitari Sant Joan de Reus; ²Facultad de Medicina. URV.

27/05/2022 10:30 Pantalla 3

Introducción: La cirugía bariátrica ha aumentado en los últimos años y, aunque actualmente es la segunda cirugía más practicada en todo el mundo, el Bypass Gastroyeyunal en Y de Roux (RYGB) sigue considerándose el Gold Estándar dado que consigue un buen equilibrio entre los resultados metabólico-ponderales y los defectos nutricionales.

Sin embargo, las longitudes de asa usadas en cada hospital pueden variar según los protocolos, implicando un sesgo en la comparativa de resultados. Esta condición empeora cuando el RYGB se realiza como técnica de conversión tras otras cirugías restrictivas como la Banda Gástrica o la Gastrectomía Vertical, y aún más cuando es el propio RYGB el que requiere de cirugía de revisión o de conversión.

Es necesario aclarar las diferentes nomenclaturas usadas en la literatura para poder facilitar la comprensión y analizar adecuadamente los resultados.

Material y métodos: En esta revisión se definen conceptos básicos como: Bypass Proximal, Bypass Estándar, Bypass Distal tipo 1, Bypass Distal tipo 2, Bypass de asa larga, Distalización del Bypass, Scopinarización y Reducción de Longitud de Asa Alimentaria Total (TALL).

Se revisa la bibliografía en relación a la longitud de asas utilizada en el RYGB como cirugía primaria, como técnica de conversión y también cuando se realiza cirugía de revisión del mismo RYGB.

Discusión y conclusiones Las publicaciones son heterogéneas ya que analizan grupos de pacientes con diferentes características basales, diferentes IMC, diferentes longitudes de asa, etc. Los estudios multicéntricos retrospectivos comparan grupos con poca diferencia en la longitud de asas, hallando escasa significación estadística. Existen pocos ensayos clínicos y su reducido tamaño muestral no permite extrapolar los resultados al resto de los pacientes. En general, se requieren más estudios multicéntricos prospectivos para poder obtener resultados concluyentes. Sin embargo, las tendencias actuales en la cirugía revisional de RYGB parecen apostar por el estudio de una asa biliopancreática más larga, con aparente mejoría del efecto ponderal a largo plazo, coincidiendo la mayoría en la recomendación de mantener una asa común mínima de 100-150cm y una TALL no inferior a 300-400cm para reducir las complicaciones nutricionales.

O-062

Terapia de presión negativa endoluminal como tratamiento de fugas y dehiscencias anastomóticas tras cirugía bariátrica

Comunicaciones médicas. Oral.

Curell, Anna; Momblán, Dulce; Sendino, Oriol; González-Atienza, Paula; Domínguez-Garijo, Paula; Ibarzábal, Ainitze; Morales, Xavier; Lacy, Antonio M.; Balibrea, Jose M..

Hospital Clínic de Barcelona.

26/05/2022 12:30 Sala A

Introducción: Las fugas son la segunda causa de muerte tras cirugía bariátrica. Revisiones recientes de la literatura informan de una incidencia de dehiscencia anastomótica tras *bypass* gástrico en Y-de-Roux (BPG) del 0,8%, y del 0,7% tras gastrectomía vertical (GV). Su tratamiento sigue siendo motivo de controversia, dependiendo principalmente de la presentación clínica, tiempo de aparición y la localización.

El tratamiento conservador puede ser una opción en caso de fugas pequeñas y contenidas en pacientes hemodinámicamente estables. Sus **Objetivos:** serán el control séptico local y sistémico, el control de las secreciones gastrointestinales y la nutrición adecuada del paciente. En este sentido, el uso de terapias de presión negativa endoluminal (TPNE) permite el control de foco asegurando el drenaje continuo de la infección, evitando reintervenciones y reduciendo el tiempo de cierre del defecto y la estancia hospitalaria. En dehiscencias tras resecciones de recto la TPNE ha demostrado resultados excelentes, con tasas de curación superiores al 90% en algunas de las series publicadas.

Métodos Entre agosto de 2020 y junio de 2021, cuatro pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro que presentaron complicaciones por dehiscencia de la línea de grapas o dehiscencias anastomóticas fueron tratados mediante TPNE (Eso-SPONGE®, B. Braun Medical Ltd.).

Resultados: Se trataron un total de cuatro pacientes mediante TPNE tras complicaciones de cirugía bariátrica, dos de los cuales mujeres, con una edad media de 48.75 años (39—59). El IMC preoperatorio medio era 45.43 kg/m² (32—59.4). Las indicaciones quirúrgicas fueron: GV por superobesidad, BPG en paciente con IMC 49.23 kg/m², conversión de gastroplastia vertical anillada abierta a BPG por disfagia y reflujo gastroesofágico (RGE) severo y conversión de GV a BPG distal por RGE severo en paciente con antecedente de peritonitis tras la cirugía primaria que había requerido reintervención y yeyunostomía de alimentación en otro centro. 50% de las cirugías fueron laparoscópicas y 50% asistidas por robot Da Vinci Xi® (Intuitive Surgical). El tiempo medio desde la cirugía hasta el diagnóstico de la complicación fue de 6.5 días (1—16), decidiéndose reintervención quirúrgica inicial en 3/4 casos, con lavado y colocación de drenajes. Se inició el tratamiento con TPNE a 125mmHg a los 1.5 días de media (1—3) tras el diagnóstico de la complicación, requiriéndose una media de 4 recambios de esponja por paciente (2—6). El intervalo medio de recambio fue de 3.81 días (2—7), con un tiempo de duración medio de tratamiento de 15 días (7—25). Tras completarse la TPNE, en tres casos se empleó también nutrición enteral a través de sonda nasoyeyunal, que se retiró a los 7, 26 y 35 días respectivamente. Con una media de seguimiento de 12 meses (7—17), la evolución de todos los pacientes ha sido favorable, requiriéndose únicamente en un caso una dilatación endoscópica por estenosis de la anastomosis a los 11 meses de finalizar el tratamiento.

Conclusiones: La TPNE ofrece buenos resultados en el tratamiento de complicaciones de las líneas de grapado o dehiscencias anastomóticas tras cirugía bariátrica, siendo un tratamiento menos invasivo que la reintervención quirúrgica, con buenos resultados a largo plazo.

O-050

Análisis de la implementación de un programa de cirugía bariátrica robótica en un centro de tercer nivel: resultados iniciales tras bypass gástrico

Comunicaciones médicas. Oral.

Curell, Anna; González-Atienza, Paula; Butori, Eugenia; Otero, Ana; Pena, Romina; Ibarzábal, Ainitze; Morales, Xavier; Momblán, Dulce; Lacy, Antonio M.; Balibrea, Jose M..

Hospital Clínic de Barcelona.

26/05/2022 11:30 Sala A

Introducción: A pesar del auge que ha tenido la gastrectomía vertical en los últimos años, el *bypass* gástrico en Y-de-Roux (RYGBP) sigue siendo el *gold standard* en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Ofrece excelentes resultados a largo plazo tanto en pérdida ponderal como en evolución de las comorbilidades. Sin embargo, no está exento de complicaciones. El desarrollo de plataformas robóticas pretende conseguir mejorar los resultados de este procedimiento quirúrgico, muy complejo en ocasiones a causa de las características antropomórficas y la patología asociada de estos pacientes.

Métodos: Entre febrero de 2020 y diciembre de 2021 se intervinieron un total de 93 pacientes de cirugía bariátrica asistida por robot Da Vinci Xi® (Intuitive Surgical) en nuestro centro. En 75 de los casos la intervención quirúrgica de elección fue RYGBP.

Resultados: El 77.3% de los pacientes eran mujeres, con una edad media de 46.85 años (22—73). El IMC preoperatorio medio era 43.34 kg/m² (33.25—49.48). Se hicieron un total de 75 RYGBP asistidos por robot, asociándose una hiatoplastia en 3 de los casos. En un caso (1.3%) fue necesario convertir a laparoscopia por enfisema subcutáneo y laceración hepática en contexto de hepatomegalia masiva. La anastomosis gastroyeyunal fue manual en 5 casos (6.7%), siendo el resto lineal mecánica con cierre del defecto en uno o dos planos. La duración media de las cirugías fue de 154.02 minutos incluyendo el tiempo de *docking* (95—182). La estancia hospitalaria media fue de 3.36 días (2—53). Seis pacientes (8.0%) presentaron alguna complicación postoperatoria (tres casos de Clavien-Dindo 1, un caso de Clavien 2 y dos casos de Clavien 3b), siendo necesaria una reintervención quirúrgica en 2 casos (2.7%), uno por perforación inadvertida y otro por dehiscencia de la línea de grapado del reservorio que se trató con lavados, colocación de drenajes y terapia de presión negativa endoluminal (Eso-SPONGE®, B. Braun Medical Ltd.). La tasa de infección del sitio quirúrgico fue del 2.7%. La presentación de las complicaciones no estuvo aparentemente relacionada con el número de casos. No hubo ningún caso de infección por SARS-CoV-2 en los 30 primeros días del postoperatorio. Con una media de seguimiento de 9.83 meses (2—20), el IMC medio a los 6 meses de la cirugía fue 32.42 kg/m² (22.98—38.29), con un EWL% medio de 60.86% y un TWL% medio de 25.41%. Al año de la cirugía, el IMC medio fue 28.83 kg/m² (21.76—38.86), con un EWL% medio de 80.38% y un TWL% medio de 32.63%.

Conclusiones: El uso de plataformas robóticas es una buena herramienta en cirugía de la obesidad, que puede contribuir a facilitar técnicas y maniobras complejas en pacientes de estas características. En el caso del RYGBP, ofrece buenos resultados tanto de tasa de complicaciones como de evolución ponderal a largo plazo.

V-020

Caso en nuestro centro: cpre tras bypass gástrico Comunicaciones Médicas. Vídeo.

Ruiz García, Pablo; Gil Rendo, Aurora; Menchén Trujillo, Bruno; Martínez De Paz, Fernando; Martínez Pinedo, Carlos; Sánchez Pelaez, Daniel; Jiménez Higuera, Elisa; Fernández Camuñas, Ángel; Barbero Valenzuela, Alejandro; Martín Fernández, Jesús.

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

25/05/2022 17:00 Sala D

Introducción: El aumento de los índices de sobrepeso en la población general, junto con el avance constante de las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, ha potenciado la cirugía bariátrica a nivel mundial. La técnica con mayor aceptación y más extendida es el Bypass gastroyeyunal en Y de Roux.

Debido al cambio de la anatomía endoscópica que genera, es necesario cambiar el planteamiento en el tratamiento endoscópico de lesiones gastroduodenales o litiasis en la vía biliar principal.

Objetivo: Presentación de nuestra técnica quirúrgica para el tratamiento de la litiasis de la vía biliar en pacientes intervenidos de By pass gástrico.

Material y métodos: Mujer de 47 años de edad con antecedentes de By pass gástrico en Y de Roux laparoscópico proximal (IMC 40, asa alimentaria 100 cm). Dos cesareas. Valorada en consultas por molestias epigástricas no irradiadas de 1,5 meses de evolución. Sensación subjetiva de distensión abdominal. Exploración: Peso 60,9. IMC 24. Cicatrices de cirugía previa continentales. Abdomen sin hallazgos. Perfil hepático: FA 161. GGT: 112. ECO: Vesícula biliar con paredes finas y múltiples imágenes hiperecogénicas compatibles con colelitiasis múltiple. Colédoco de 6.5 mm sin claro contenido en su interior. CRMN: Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Defecto de repleción a nivel de papila sugestivo de molde de barro biliar. EDA: Sin hallazgos.

Resultados: Abordaje laparoscópico con 4 trócares, 11mm supraumbilical, 15 mm LMC izquierda, 5 mm LMC derecha y 5 mm HCD. Realizamos disección de triángulo de Calot y cateterización de conducto cístico para estudio colangiográfico intraoperatorio del árbol. Se realiza gastrotomía e inserción del trócar de 15 mm en luz gástrica con ajuste en bolsa de tabaco. Se inicia el abordaje endoscópico mediante duodenoscopio de visión lateral a través del puerto de 15 mm. Colangiografía retrógrada que demuestra la existencia de defecto de repleción menor de un cm. en colédoco medio. Con asa de diatermia se procede a esfinterotomía y arrastre con sonda de Fogarty según técnica habitual.

Conclusión: El 10-36% de pacientes intervenidos de By Pass desarrolla colelitiasis. Un 30-40% llegan a ser sintomáticos. Se ha propuesto el abordaje endoscópico transgástrico para la realización de CPRE terapéutica. Esta vía de abordaje aporta la posibilidad de realizar laparoscopia exploradora para diagnóstico y tratamiento de otras causas de dolor abdominal como la hernia interna, demostrando ser superior en términos de tasa de éxito terapéutico frente al abordaje tradicional (100% v's 60%). El índice de complicaciones es similar a la ERCP peroral (pancreatitis, dehiscencia de gastrostomía o infección de herida). La ERCP transgástrica laparoscópica es una técnica efectiva y segura, con baja morbilidad en pacientes con coledocolitiasis y reconstrucción en Y de Roux. Requiere una importante coordinación entre el equipo quirúrgico y endoscopistas. Podría ser una técnica de utilidad en el manejo endoscópico diagnóstico y terapéutico de pacientes bariátricos con patología gastroduodenal, disfunción de esfínter de Oddi, evaluación de masa pancreática, pólipos duodenales, sangrado gastrointestinal o fístula biliar postcolecistectomía.

V-037

Nuestra experiencia en la utilización del brazo robótico freehand® en cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Vídeo.

Oliver García, Luis; Vargas Cascón, Esperanza Macarena; Ávila Alarcón, Ingrid Roselia; Mendez Gómez, Begoña; Benito Persona, Miguel Ángel; Alarcón González, Maria Isabel.

Hospital Virgen del Puerto.

26/05/2022 09:00 Sala D

Objetivos: El abordaje laparoscópico es considerado el gold standard en la cirugía bariátrica, siendo sus ventajas ampliamente conocidas y aceptadas, sin embargo, entre sus limitaciones se encuentran los problemas ergonómicos observados en cirugías prolongadas, el esfuerzo mental, que es mayor cuando existen conflictos de espacio o personal poco entrenado en el uso de la óptica, así como la fatiga visual, que aparece entre otras razones por el temblor fisiológico del ayudante. Con la finalidad de disminuir el impacto de estas limitaciones, se emplea el brazo robótico Freehand®, que permite controlar el sistema óptico durante la cirugía laparoscópica. El objetivo del video que se expone es explicar nuestra experiencia en la utilización de dicha herramienta.

Material y métodos: Se interviene de bypass gástrico laparoscópico con la ayuda del brazo robótico Freehand® a una mujer de 42 años, con IMC de 44. La paciente se coloca en decúbito supino con las piernas posicionadas en perneras ajustables. El cirujano principal se sitúa entre las piernas de la paciente, donde se coloca el pedal con el que se maneja la herramienta, junto con un sensor localizado en la frente del cirujano. Con la ayuda del brazo robótico, la cirugía es realizada por dos cirujanos, prescindiendo del ayudante que maneja la óptica, esto permite evitar el conflicto de espacio cirujano-ayudante, reduciendo el cansancio y la fatiga muscular producida por posturas inadecuadas. La óptica se empaña o ensucia en menores ocasiones y la imagen es estable, reduciendo la fatiga visual que puede aparecer durante cirugías prolongadas.

Resultados: Se han realizado en nuestro centro 11 bypass gástricos y 11 gastrectomías verticales utilizando con éxito el brazo robótico Freehand®. No se pudo completar la cirugía en 3 pacientes con obesidad extrema por dificultad en la exposición.

Conclusiones: El brazo robótico Freehand® aporta una imagen estable, manteniendo el plano adecuado, preciso y sin limitaciones, reduciendo la dependencia personal. Su utilización en cirugía bariátrica puede facilitar la labor del cirujano en lo que se refiere a mayor libertad de movimientos, adoptar posturas más ergonómicas y disminuir su fatiga mental, muscular y visual.

P-038

Ventajas de la biòpsia hepática con aguja tru-cut intraoperatoria en el diagnóstico y seguimiento de la nafld-nash en cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Póster.

Paris, Marta¹; Hernández, Mercedes²; Vives, Margarida¹; Raga, Esther¹; Trinidad, Anna¹; Bartra, Elia¹; Lobo, Nicolás¹; Morales-Tugues, Carla¹; Sabench, Fatima³; Del Castillo Déjardin, Daniel¹.

¹Hospital Universitari Sant Joan de Reus; ²Hospital Universitari Sant Joan; ³Facultad de Medicina. URV.

26/05/2022 11:00 Pantalla 3

Introducción: Actualmente, para el diagnóstico definitivo de NAFLD y NASH la biopsia hepática es fundamental en ausencia todavía de métodos no invasivos que proporcionen la misma información como RM, elastografía y marcadores biológicos (citoqueratina 18).

La biòpsia hepática intraoperatoria es un procedimiento estándar durante la cirugía bariátrica dada la relación de esta hepatopatía con la obesidad y su progresión cuando se asocia a diabetes, HTA y dislipemia (Síndrome Metabólico). La información del grado de afectación necroinflamatoria en el momento de la cirugía, además de proporcionar el diagnóstico, permitirá comparaciones durante el seguimiento de estos pacientes que pueden presentar mejoría, o progresión de la enfermedad hepática. Raramente, la obtención de tejido hepático podrá obtenerse de la misma manera si no hay coincidencia con otra cirugía o durante una cirugía revisional por alguna causa y en caso de requerir una biòpsia en el seguimiento, ésta se hará por punción percutánea (PBH) con aguja.

La biòpsia hepática laparoscópica se realiza obteniendo una cuña de material del borde hepático mediante excisión con tijera fría, requiriéndose electrocoagulación del defecto e incluso aplicación de apósitos hemostáticos. Si bien el borde hepático se muestra como la zona más propicia para la excisión, la cuña obtenida incluye capsula hepática en dos caras con parénquima central, por lo que aparentemente se obtiene una muestra grande que puede resultar insuficiente en cuanto al propio parénquima hepático, con una fracción ínfima de lobulillos en los que resulte difícil cuantificar la actividad necroinflamatoria. Durante la extracción de la muestra sujeta por la pinza a través del trocar puede producirse también cierto aplastamiento que restaría tejido inviable.

Material y métodos: Valorar la obtención de muestras para biopsia hepática mediante punción intraoperatoria laparoscópica con aguja trucut para facilitar el diagnóstico de NAFLD-NASH al obtener tejido hepático más profundo, con menor proporción de cápsula y menor distorsión. Así, la biopsia hepática se habrá realizado con el mismo método en el diagnóstico y en el seguimiento tras cirugía bariátrica.

Durante la cirugía bariátrica laparoscópica se ha realizado biopsia hepática por punción con aguja trucut, introduciendo ésta con la punta protegida a través del trocar 12mm izquierdo. Con la aguja posicionada sobre la superficie hepática, se punciona y se acciona el mecanismo que recorta y obtiene un cilindro de tejido hepático que será extraído dentro del dispositivo a través del trocar. La acción se repite para obtener una segunda muestra. El punto de sangrado se controla por electrocoagulación.

Discusión y conclusiones Los fragmentos de tejido hepático se han procesado con las técnicas habituales (trícromo de Mason, Reticulina, CKCAM.2,PAS), y estratificado la esteatohepatitis según el Score de Blunt.

La biopsia por punción con aguja trucut es factible técnicamente en las condiciones de la cirugía laparoscópica. Resulta útil para obtener muestras homogéneas en pacientes diversos tanto en relación a su obesidad y comorbilidades como su grado de lipotoxicidad hepática. La obtención del fragmento hístico con el mismo método durante el diagnóstico y el Pósterior seguimiento facilita la comparación histopatológica.

P-086

Caso en nuestro centro: hernia de petersen tras bypass gástrico

Comunicaciones médicas. Póster.

Ruiz García, Pablo; Gil Rendo, Aurora; Menchén Trujillo, Bruno; Martínez De Paz, Fernando; Martínez Pinedo, Carlos; Sánchez Peláez, Daniel; Jiménez Higuera, Elisa; Fernández Camuñas, Ángel; Barbero Valenzuela, Alejandro; Martín Fernández, Jesús.

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

27/05/2022 10:30 Pantalla 3

Introducción: La prevalencia de la obesidad está en continuo aumento y se ha convertido en la enfermedad que más afecta a la salud a nivel mundial. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en febrero 2018, las tasas de obesidad se han triplicado desde 1975 y tienden a duplicarse cada 5-10 años.

El Bypass gástrico en Y de Roux es la técnica de elección en pacientes con obesidad mórbida y es el procedimiento bariátrico más utilizado en la actualidad. Siempre que sea posible, es preferible el abordaje laparoscópico aunque cabe destacar que dicho abordaje presenta mayor tasas de hernias internas que el laparotómico.

Al realizar una anastomosis retrocólica se crea un espacio en el mesenterio que favorece la posible formación de un tipo de hernia transmesentérica que recibe el nombre de "hernia de Petersen".

Objetivos: Exponer el proceder para diagnosticar y tratar la "hernia de Petersen".

Material y métodos: Mujer de 51 años de edad, con IMC 41 y los siguientes AP de interés: alergia a metales, budesonida, mercromina y triamcinolona. HTA, Sd. Ansioso-depresivo, IRC e hipotiroidismo. Como antecedentes quirúrgicos presentaba adenoidectomía, anexectomía y turbinectomía. Se realizó el 11/9/2012 Bypass gástrico laparoscópico proximal presentando un adecuado postoperatorio y siendo dada de alta a los 5 días.

Acude al SHU el 25/07/2013 por cuadro de dolor abdominal y vómitos alimenticios. Niega fiebre o diarrea asociada. Es ingresada para tratamiento conservador del cuadro mediante SNG, reposo digestivo y sueroterapia.

Se realiza TC abdominal urgente en el que destacan importante dilatación de asas yeyunales e imagen de "arremolinamiento" de los vasos mesentéricos con ingurgitación y presencia líquido libre.

Se realiza TGI el cual informa de obstrucción de asa alimentaria compatible con hernia interna.

A pesar de buena evolución clínica, la paciente continúa intolerante a la dieta, por lo que se decide revisión quirúrgica.

Resultados: Acceso laparoscópico habitual. Se identifica distensión masiva del asa alimentaria con herniación transmesentérica. Ante imposibilidad de movilización paquete intestinal, se decide conversión.

LMSU. Herniación ascendente transmesentérica (yeyuno-yeyunal) de todo el paquete intestinal con torsión a nivel del pie de asa. Reducción paquete intestinal y sutura de 2 perforaciones iatrogénicas en asas alimentaria. Comprobación estanqueidad azul metileno y cierre con seda defecto mesentérico.

La paciente presentó evolución favorable y tolerancia oral correcta, siendo dada de alta al 5º día post-quirúrgico.

Conclusión: La hernia interna es una de las causas que con más frecuencia produce isquemia intestinal en los pacientes que se someten a bypass gástrico. El conocimiento de esta entidad por todo cirujano bariátrico es fundamental para su diagnóstico precoz ya que presenta una clínica inespecífica de dolor abdominal y su diagnóstico tardío puede incluso comprometer la vida del paciente. El tratamiento es quirúrgico y consiste en la valoración de la viabilidad del contenido y reducción del mismo, con Pósterior cierre de la brecha mesentérica.

V-023

Conversión de gv a rygbp con gastrectomía del remanente asistida por robot Comunicaciones médicas. Vídeo.

Curell, Anna; González-Atienza, Paula; Gil, Ignacio; Ibarzábal, Ainitze; Morales, Xavier; Momblán, Dulce; Lacy, Antonio M.; Balibrea, Jose M.
Hospital Clínic de Barcelona.

25/05/2022 17:00 Sala D

Introducción: El reflujo gastroesofágico (RGE) se considera actualmente una de las principales complicaciones médicas tras la gastrectomía vertical (GV). A causa del auge de la GV, que se ha convertido en la técnica de cirugía bariátrica más realizada mundialmente, es de esperar que este tipo de complicaciones sean cada vez más frecuentes en nuestro ámbito. La conversión a *bypass* gástrico en Y-de-Roux (RYGBP) se considera el *gold standard* para tratar el RGE grave persistente a pesar de un tratamiento médico óptimo. El uso de plataformas robóticas puede ofrecer ventajas técnicas en estos casos, ya que la elevada complejidad de la cirugía bariátrica revisional se puede acompañar de un aumento en la tasa de complicaciones tanto intra como postoperatorias.

Métodos: En este vídeo presentamos una conversión de GV a RYGBP asistida por robot Da Vinci Xi® (Intuitive Surgical) en un paciente con RGE grave. La fibrogastroscoopia preoperatoria reveló una atrofia de la mucosa gástrica, que se confirmó en el informe anatomopatológico, junto con hallazgos de metaplasia intestinal, por lo que se decidió realizar también una gastrectomía del estómago remanente.

Resultados: Paciente varón de 45 años intervenido de GV hacía 48 meses, con IMC inicial de 39 kg/m² e IMC actual de 30.06 kg/m². Como antecedentes patológicos, hipertensión arterial y diabetes *mellitus* tipo II sin requerir tratamiento tras la cirugía primaria. Episodio único de TVP en 2008 por el que realizó tratamiento anticoagulante durante 1 año. Por clínica de RGE severo se realizó un tránsito esófago-gastro-duodenal con hallazgo de hernia hiatal por deslizamiento, fibrogastroscoopia con hallazgo de mucosa gástrica de aspecto atrófico confirmado por anatomía patológica, con metaplasia intestinal, y pHmetría con una puntuación DeMeester de 68.6. La intervención quirúrgica tuvo una duración de 190 minutos (incluyendo *docking*) y transcurrió sin incidencias. Se realizó una hiatoplastia, conversión a RYGBP (asa alimentaria de 150 cm y asa biliopancreática de 80 cm) y gastrectomía del estómago remanente. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo altado al tercer día postoperatorio, sin requerir ingresos Pósteriormente. Con un seguimiento de 16 meses, el IMC actual del paciente es de 28.7 kg/m². No tiene clínica de RGE ni requiere tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. La endoscopia de control a los 6 meses de la cirugía muestra mucosa gástrica de aspecto atrófico ya conocida, sin lesiones sugestivas de metaplasia o displasia, y una gastroenteroanastomosis amplia.

Conclusiones: El uso de plataformas robóticas en cirugías bariátricas revisionales ofrece múltiples ventajas técnicas que pueden ayudar a disminuir la tasa de complicaciones asociada a estos procedimientos. La conversión a RYGBP sigue siendo la técnica de elección en pacientes con clínica de RGE tras GV.

P-046

Linfangioma quístico incidental intraoperatorio en cirugía revisional bariátrica (post gastrectomía vertical): Una entidad muy poco frecuente que puede distorsionar la estrategia y anatomía quirúrgica. Comunicaciones Médicas. Póster.

Lobo, Nicolás¹; Trinidad, Anna¹; Raga, Esther¹; Vives, Margarida¹; Paris, Marta¹; Hernández, Mercedes¹; Bartra, Elia¹; Sabench, Fatima²; Del Castillo Déjardin, Daniel¹.

¹Hospital Universitari Sant Joan de Reus; ²Facultad de Medicina. URV.

26/05/2022 18:00 Pantalla 1

Introducción: Los linfangiomas o higromas quísticos son tumores benignos muy infrecuentes, representan el 6% de los tumores benignos. Nacen del sistema linfático en la región cervical, mediastino y retroperitoneo, siendo la primera su localización más frecuente. El 80% se diagnostican en la infancia y únicamente el 5% se localiza intraabdominal. La clínica es muy heterogénea. A veces los síntomas son secundarios a la compresión o desplazamiento de estructuras adyacentes y provocan con más frecuencia dolor abdominal. También puede darse náuseas o vómitos, incluso obstrucción intestinal. Otras veces los síntomas se deben a las complicaciones como torsión del quiste o ruptura, con o sin infección secundaria y peritonitis. Presentamos un caso de linfangioma quístico como hallazgo casual intraoperatorio.

Caso clínico: Mujer de 45 años con los antecedentes de: Obesidad mórbida grado IV (IMC: 59.09kg Kg/m²), hipertensión arterial, síndrome de apnea hipopnea del sueño portadora de CPAP, síndrome de ovario poliquístico y vasculitis leucocitoclástica. En julio de 2020 se interviene de forma programada realizando una gastrectomía vertical laparoscópica sin incidencias. El tránsito gastro-duodenal, la ecografía abdominal y la ecoendoscopia preoperatorias no mostraron lesiones, ni hernia de hiato ni reflujo gastroesofágico.

Durante el seguimiento en consultas externas presentó reflujo gastroesofágico clínico importante. Se realizó una fibrogastroscoopia a los 8 meses de la intervención evidenciando lesiones por reflujo a nivel cardial sugestivas de esofagitis tipo A de los Ángeles, sin hernia de hiato. En estómago, a nivel del cuerpo gástrico, se objetiva marcada angulación del mismo, sin estenosis y un vaciamiento gástrico enlentecido. En el tránsito esófago-gastro-duodenal se demuestra un buen paso de contraste sin reflujo gastroesofágico.

Se inician medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas reduciendo parcialmente la clínica. Tras 15 meses operada, por persistencia de síntomas se decide cirugía de revisión y conversión.

Resultados: En febrero de 2022 con un IMC actual de 41.9kg/m² se interviene de forma programada. En la cirugía la paciente presenta una tumoración de 55x30mm polilobulada y pseudoquistica paraesofágica derecha en contacto con el borde superior del páncreas, vena cava inferior y segmento I hepático. Esta lesión distorsionó la anatomía y dificultó la disección quirúrgica por lo que se decidió resear preservando estructuras. Se identificó una pequeña hernia de hiato tipo 1 que se reparó y se continuó, sin incidencias, con el bypass gastroyeyunal en Y de Roux tipo Mc-Lean-Gagner.

En el post operatorio presentó buena evolución clínica y analítica, con adecuada tolerancia oral, por lo que se da alta al 4to día post operatorio.

Conclusiones: Existen muy pocos casos informados de linfangiomas quísticos esofágicos en adultos. Es importante que los cirujanos conozcamos su existencia y apariencia. Las pruebas de imagen como la ecografía y la TC abdominal ayudan al diagnóstico y su tratamiento es quirúrgico con resección del mismo. El diagnóstico definitivo lo aporta el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

O-035

Cirugía de revisión tras gastroplastia vertical anillada. Revisión de una serie histórica

Comunicaciones médicas. Oral.

Mata, Rodrigo; García Ruiz De Gordejuela, Amador; Vilallonga, Ramón; Caubet, Enric; Moratal, Miriam; Herms, Daniel; González, Óscar.
Hospital Universitari Vall d'Hebrón.

25/05/2022 18:30 Sala A

Introducción: La Gastroplastia Vertical Anillada (GVA) fue una técnica bariátrica restrictiva de gran importancia a finales del siglo pasado. Ha quedado en desuso debido a sus resultados ponderales y las complicaciones asociadas que son importantes indicaciones de cirugía de revisión actualmente. Este trabajo analiza la serie histórica de cirugías de revisión de GVA de nuestro centro.

Métodos: Revisión retrospectiva de la base de datos prospectiva de cirugía bariátrica de nuestro Centro. Se han revisado los casos de revisión de GVA y de GVA + Salmon convertidos o revisados por cualquier causa. Se han evaluado las características de los pacientes, las indicaciones y resultados de estos procedimientos.

Resultados: Se han intervenido 11 pacientes, 9 GVA y 2 GVA+Salmon. Son 8 mujeres (72,7%) con una edad media de 60 años. La cirugía primaria se había realizado 20 años antes como media (rango 13 a 27). La principal indicación fue estenosis/oclusión en 6 casos (54,5%), seguido de reflujo 3 casos, 2 casos de fracaso de pérdida ponderal, 1 caso de fístula gastro-gástrica y 1 caso por hipoglucemias. Todos los casos se realizaron por laparoscopia y en 1 se requirió de conversión a cirugía abierta. En 8 casos se convirtió a bypass gástrico, en 2 sólo se retiró la banda; y 1 de los casos de Salmon se convirtió a anatomía normal por hipoglucemias. La estancia media fue de 8 días (rango 0 a 54). Uno de los pacientes presentó complicaciones postoperatorias. Hubo un éxito en la serie por complicaciones hemorrágicas intraoperatorias.

Conclusiones: La principal indicación de revisión de la GVA es por estenosis o dificultad la ingesta y se ha observado a una media de 20 años tras la cirugía. La principal intervención fue la conversión a bypass gástrico. Los procedimientos pueden ser completados por laparoscopia, pero no están exentos de morbi-mortalidad.

O-060

La presencia de enfermedad del hígado graso no alcohólico (ehgna) se asocia a una menor pérdida de peso al año y dos años post-cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Oral.

Vives, Margarida¹; Sabench, Fatima²; Paris, Marta¹; Raga, Esther¹; Bartra, Elia¹; Bertran, Laia³; Aguilar, Carmen³; Auguet, Teresa³; Richart, Cristóbal³; Del Castillo Déjardin, Daniel⁴.

¹Hospital Universitari Sant Joan de Reus; ²Facultad de Medicina. URV; ³Hospital Universitari Joan XXIII; ⁴Hospital Universitari Sant Joan de reus.

26/05/2022 12:30 Sala A

Introducción: La enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) es una de las comorbilidades más frecuentes de la obesidad mórbida; sin embargo, existen pocos estudios sobre los diferentes indicadores de pérdida de peso y su relación con la presencia de NAFLD (Esteatohepatitis no alcohólica); nuestro objetivo es analizar los indicadores de pérdida de peso, uno y dos años después de la cirugía bariátrica (Bypass gastroyeyunal y Gastrectomía vertical) en base a su histopatología hepática en el momento de la cirugía.

Métodos: Se analizó el patrón de pérdida de peso de 410 mujeres con obesidad clínicamente severa (SO) después de una gastrectomía vertical (GV, n = 191) y un Bypass gastroyeyunal en Y de Roux (RYGB, n = 219) según la presencia de NAFLD, a los 12 y 24 m de la cirugía. Los indicadores de pérdida de peso calculados fueron el IMC esperado (BMIE), el porcentaje de pérdida de exceso de IMC (% EBMIL), porcentaje de pérdida de peso total (% TWL) y porcentaje de pérdida de peso alterable (% AWL). La detección de la NAFLD se realizó a través de biopsia intraoperatoria y gradación histopatológica mediante la escala de Brunt. Se realizó ajuste de variables (edad y presencia de Diabetes tipo 2) mediante ANCOVA. Para la comparación de resultados cuantitativos se realizaron tests de ANOVA y Mann-Whitney. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado para comparar proporciones. El coeficiente de correlación se definió mediante la prueba de Spearman.

Resultados: Aunque la histología más prevalente corresponde a la esteatosis hepática (46% en BGYR y 55% en GV), existe un porcentaje relevante de pacientes con NASH (28% en BGYR y 36% en SG). Las dos técnicas quirúrgicas presentan efectos diferentes en cuanto a la pérdida de peso según la presencia de EHGNA. NASH se asoció con una menor pérdida de peso después de la GV en todos los indicadores incluido el %pérdida total de peso (TWL): Hígado normal 32.25% (27.68-36.82) vs NASH 27.43% (25.02-29.84), p 0.001. El porcentaje de pacientes que alcanzaron el IMC esperado a los 2 años de la cirugía fue menor en presencia de EHGNA tras GV. Los pacientes con histología hepática normal presentaron mayor %EBMIL, especialmente en el grupo SG, a los dos años. En pacientes diabéticos, la presencia de EHGNA no se correlacionó significativamente con los indicadores analizados.

Conclusiones: La presencia de NASH se asocia con una menor pérdida de peso y un menor porcentaje de pacientes que alcanzan el IMC esperado a los 2 años de la SG; esto se evidencia en todos los indicadores analizados a los 12 y 24 meses de la cirugía, a diferencia del BGYR. Encontrar biomarcadores hepáticos que puedan determinar el grado de EHGNA puede representar una oportunidad para refinar la indicación de técnicas quirúrgicas y optimizar el grado de pérdida de peso.

P-007

Bypass gástrico distal, resultados a los dos años postoperatorios en pacientes con imc >50kg/m² Comunicaciones médicas. Póster.

Contreras Saiz, Elisa; Sanz Navarro, Sandra; Rodríguez Uría, Raquel; Moreno Gijón, María; Turienzo Santos, Estrella; Rodicio Miravalles, José Luis; Amoza Pais, Sonia; Suárez Álvarez, Ángeles Anabel; Sanz Álvarez, Lourdes María.
Hospital Universitario Central de Asturias.

25/05/2022 18:00 Pantalla 1

Introducción: El procedimiento quirúrgico óptimo para la pérdida de peso en pacientes con un IMC de 50 kg/m² o mayor, es incierto. En nuestro centro, los pacientes con IMC de 50kg/m² o superior, requieren optimización prequirúrgica, al principio de la serie mediante la utilización de balón intragástrico, y actualmente mediante el empleo de nutrición enteral hipocalórica durante varias semanas. Tras la optimización, los pacientes son programados para la realización de bypass gástrico distal.

Material y métodos: Hemos querido analizar los resultados, tanto de pérdida de peso como de resolución de comorbilidades, durante los dos primeros años de seguimiento postoperatorio, en los pacientes intervenidos de bypass gástrico distal en un periodo de tiempo comprendido entre Octubre de 2013 y Noviembre de 2019.

Durante este periodo de 74 meses se intervinieron un total de 36 pacientes, de los cuales 14 fueron hombres y 22 mujeres. La media de edad fue 43,81 años. El peso inicial medio fue 158,13kg con IMC inicial medio 57,88kg/m². Tras la optimización prequirúrgica y disminución media de 14kg, el IMC prequirúrgico medio fue 52,92kg/m².

En cuanto a las morbilidades asociadas antes de la cirugía: 19 eran hipertensos, 7 diabéticos (tipo 1 o 2), 21 padecían SAOS, 5 tenían dislipemia, 19 asociaban morbilidades menores (varices, incontinencia urinaria...) y 13 personas padecían depresión a tratamiento médico.

Resultados: Hemos analizado de manera retrospectiva y descriptiva los datos recogidos durante el periodo de seguimiento de los dos primeros años postoperatorios en nuestra serie. Encontrando los siguientes resultados

En cuanto a la pérdida de peso:

Media de peso a los 2 años de seguimiento: 96,7kg.

Media de IMC a los 2 años de seguimiento: 35,58 kg/m².

PEIMCP a los dos años de 67,59%.

En cuanto a la resolución de comorbilidades:

	Resuelta	Mejor	Igual	Peor
HTA	8	9	1	1
DM	7	0	0	0
DL	2	2	0	1
SAOS	15	4	2	0
Depresión	4	4	5	0
Menores	8	7	3	1

Conclusiones: El bypass gástrico distal ha mostrado resultados excelentes en cuanto a la pérdida de peso con una media de PEIMCP de 67,59%. También ha demostrado mejoría en las comorbilidades asociadas con resolución o mejoría en más de la mitad de los pacientes que las padecían. Por todo ello se puede decir, que el bypass gástrico distal es una buena opción quirúrgica en paciente con IMC de 50kg/m² o superior.

P-043

Elaboración del mapa de la experiencia del paciente con obesidad severa Comunicaciones médicas. Póster.

Zugasti Murillo, Ana¹; Marí Sanchis, Amelia¹; Rendón Barragán, Henry¹; Botella Martínez, Sonsoles¹; Escuer Núñez, Isabel¹; Hernández Moreno, Ana¹; Yeregui Balda, Maite²; Compains Layana, Miren¹; Ruiz De Las Heras De La Hera, Arantza².
¹Hospital Universitario de Navarra; ²Hospilta Universitario de Navarra.

26/05/2022 18:00 Pantalla 1

Introducción: La metodología de la estrategia de la experiencia del paciente se plantea como un modelo innovador de gestión. Pero requiere cambios de gran profundidad en las organizaciones, que involucran la estrategia, la gestión de las personas, la cultura interna, los procesos y, sobre todo, la forma de entender a los enfermos. El Mapa de la Experiencia del Paciente-MEP (*Patient Journey Map*) documenta la secuencia de interacciones y la experiencia del paciente con la organización y con los profesionales.

Material y métodos: para el diseño del MEP se siguieron los siguientes pasos:

Identificar al usuario: paciente adulto (15-60 años), con obesidad severa (IMC>35 kg/m²), que precisa atención multiprofesional intensiva (pendiente de cirugía, gestación, comorbilidades metabólicas severas).

Comprender las fases de interacción durante un período de un año: entrada en proceso (Sección de Nutrición), resto de profesionales implicados (Enfermera Nutrición, Unidad de Dietética, Atención Primaria), servicios que se brindan, intervalos de tiempo, **Objetivos:** a conseguir y fin de proceso. Identificar su motivación y dudas: voz del paciente, encuestas.

Mapear los puntos de contacto y canales: teléfonos de contacto, consultas (localización, formato, quién las llevará a cabo), miembros de equipos (profesionales de referencia), páginas web de referencia, información paciente activo.

Evaluar los momentos clave y sus métricas (3-6-9-12 meses): línea del tiempo y camino que recorre el paciente.

Añadir nuestros procesos internos: posibles fallos en el servicio (tiempos de atención, materiales, privacidad).

Identificar oportunidades: análisis de quejas y satisfacción.

Resultados: Se elaboró un MEP con la descripción de todo el proceso que lleva un paciente con obesidad severa desde el momento que se contempla y se ofrece este plan de tratamiento intensivo de un año, su interacción con los profesionales que realizarán el diagnóstico y las pruebas complementarias precisas, la toma de conciencia de la enfermedad y el tratamiento para la optimización ponderal y de las comorbilidades metabólicas. Permite mostrar resultados, impacto y medición de la experiencia que vivió con nosotros, su sentir, decepción o satisfacción para plantear oportunidades de mejora.

Conclusiones:

- El diseño de la experiencia del paciente es un tema que promete grandes beneficios a las organizaciones que lo adopten como estrategia y estén dispuestas a realizar los cambios necesarios para coronar con éxito esta propuesta.
- Se trata de seguir el "viaje" del paciente por su proceso, identificar las percepciones y las emociones del paciente, para finalmente definir puntos de mejora.
- Debemos trabajar con los resultados de este mapa a fin de lograr la mejora de la experiencia en aquellos puntos que lo requieran, considerando particularmente los puntos críticos (el inicio, el final y los puntos de mayor impacto emocional).
- Se deben evaluar tanto los resultados tanto en salud (mejora ponderal y de las comorbilidades) como en valor (percepción del paciente).

O-051

Reducción del uso de medicación crónica tras cirugía bariátrica

Comunicaciones médicas. Oral.

Álvarez Peña, Estibaliz; Valiño Fernández, Cristina; Atahualpa Arenas, Fredy; Castell Gómez, Jose Tomás; Zapata Syro, Camilo; Miras Estacio, Manuel; Durán Escribano, Carlos.
Clínica la Luz.

26/05/2022 11:30 Sala A

Objetivos: El aumento de peso en rango patológico conlleva una serie de enfermedades relacionadas de forma directa con la obesidad como son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipemia... y otras enfermedades que son consecuencia del aumento de peso, como el síndrome de apnea obstructiva del sueño, artrosis, hernias... Es por ello que la gran mayoría de pacientes obesos tienen a medicarse de forma crónica. Se ha comprobado que la cirugía bariátrica mejora muchas de las comorbilidades previamente descritas, y una buena forma de objetivarlo es el cambio en la medicación de los pacientes tratados con cirugía bariátrica.

Material y métodos: Con el objetivo de valorar la modificación del tipo y número de fármacos que precisan estos pacientes, hemos revisado de forma retrospectiva la medicación pre y postcirugía en los pacientes intervenidos de obesidad en nuestro centro durante el periodo de 2018-2020.

Resultados: En este periodo, se han intervenido un total 275 pacientes en nuestro centro: 87% mujeres, edad media 50 años (22-78), IMC medio de 40.15 (32-58), clasificado por grados de obesidad: grado I (IMC 30-35): 14 pacientes; grado II (IMC 35-40): 118 pacientes; grado III (IMC 40-50): 121 pacientes; grado IV (IMC >50): 22 pacientes. Comorbilidades asociadas: hipertensión arterial presente en el 40% (111 pacientes); diabetes mellitus 16% (44 pacientes); dislipemia 36% (100 pacientes); alteraciones respiratorias (EPOC, SAOS, asma) 26% (74 pacientes) y problemas psicológicos (ansiedad, depresión) el 20% (55 pacientes). De toda la serie tan sólo 85 pacientes (30%) no tomaban medicación prequirúrgica. Entre los que lo hacían la media de fármacos diarios fue de 2.54. Entre los fármacos destacaban: antihipertensivos, antidiabéticos orales, insulina, hipolipemiantes, antidepresivos, ansiolíticos, IBP, corticoides...etc. El 62% de los pacientes tomaban 2 o más fármacos; 38% 3 o más fármacos; 28% 4 o más fármacos; 13% 5 o más fármacos diariamente. Entre otros tratamientos no farmacológicos llama la atención el uso de CPAP-BiPAP por parte del 14% de los pacientes. Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: 201 gastrectomías verticales; 62 bypass; 10 cirugías de revisión y 2 cirugías metabólicas, todas ellas por vía laparoscópica. En el seguimiento de los pacientes intervenidos (media 1.93 años) se objetiva el cese de toma de medicación en un 43% de la serie, una reducción en el número de fármacos en un 31.5% de los pacientes. Un 18% de los pacientes continuaron con el mismo número de fármacos y tan sólo el 5% ha precisado, después de la intervención, un aumento en el número de fármacos.

Conclusiones: La cirugía bariátrica mejora e incluso resuelve en algunos casos las comorbilidades asociadas de los pacientes, disminuyendo el consumo de fármacos y mejorando la calidad y expectativa de vida de estos pacientes.

P-047

Utilidad y seguridad del balón intragástrico en la prehabilitación de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica con obesidad mórbida y extrema Comunicaciones médicas. Póster.

Arroyo Camuñas, Irene¹; Gómez Rubio, Mariano²; Vega Agüero, Ana Isabel²; Ruiz De Adana, Juan Carlos²; Borrella Gras, Alejandro Jesús²; Hernández Matías, Alberto²; Carrascosa Mirón, Teresa²; Olazarán Narváez, Inés María²; Pérez-Bedmar Delgado, Javier².

¹Universidad Europea de Madrid; ²Hospital Universitario de Getafe.

26/05/2022 18:00 Pantalla 1

Objetivos: Comparar el efecto del balón intragástrico (BIG) previo a la cirugía bariátrica frente al tratamiento médico estándar considerando pérdida de peso, tiempo y complicaciones quirúrgicas, estancia en UCI y hospitalaria.

Valorar la seguridad del balón colocado por vía endoscópica.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional retrospectivo. 89 pacientes con obesidad mórbida o extrema candidatos a cirugía bariátrica (2002-2020) en los que se decidió implantar un BIG (n=34; 38,2%) (Orbera®, Bioenterics, Apollo Endosurgery) o realizar tratamiento con dieta hipocalórica y actividad física (n=55; 61,8%). La técnica quirúrgica fue gastrectomía vertical o bypass gástrico. Se comparó entre ambos grupos pérdida de peso prequirúrgica y total, tiempo quirúrgico intraoperatorio, complicaciones quirúrgicas (clasificación ASGS), necesidad de UCI y estancia hospitalaria. Se realizó el análisis estadístico para variables cuantitativas y cualitativas (PSPP, <http://www.gnu.org/software/pspp/>).

Para valoración de la seguridad del BIG se analizaron las complicaciones de los 57 balones colocados en 56 pacientes, modificando la clasificación del Grupo Español de Endoscopia Bariátrica (Espinet, 2017).

Resultados: Se incluyeron 52 mujeres (58,4%) y 37 hombres, edad media 45 años (DE 11,1).

Existieron diferencias en el peso basal entre grupo BIG y estándar: 163,6 kg (DE 33,6) vs 126,0 kg (DE 19,4) (p<0,001); y BMI basal: 57,8 kg/m² (DE 7,8) vs 47,2 kg/m² (DE 5,1) respectivamente. (p<0,001)

En los pacientes con balón fue mayor la pérdida ponderal y de BMI prequirúrgica y total:

	Grupo BIG (n=34)	Grupo tratamiento estándar (n=55)	P
Pérdida de peso prequirúrgica	25,8 kg (DE 9,4)	8,1 kg (DE 5,2)	<0,001
Pérdida de BMI prequirúrgica	9,1 kg/m ² (DE 3,2)	3,1 kg/m ² (DE 2)	<0,001
Pérdida de peso total	57,5 kg (RII 27,3)	44,1 kg (RII 17,7)	0,02
Pérdida de BMI total	19,2 kg/m ² (RII 5,6)	17,1 kg/m ² (RII 4,7)	0,02

Respecto a la cirugía no existieron diferencias en:

	Grupo BIG (n=34)	Grupo tratamiento estándar (n=55)	P
Tiempo medio quirúrgico (min)	192 (DE 47)	185 (DE 40)	0,466
Complicaciones ASGS			
No	32	49	0,7
Leves	0	0	
Moderadas	1	2	
Graves	1	4	
Ingreso en UCI	0	3	0,435
Estancia media hospitalaria (días)	3	3	0,84

Tras la colocación del balón aparecieron 35 complicaciones (61.4%), 5 mayores (8.8%). Las complicaciones mayores más frecuentes (3, 5.3%) fueron úlceras gástricas o esofágicas. En 1 caso (1,8%) se extrajo precozmente por intolerancia oral con insuficiencia renal. Un paciente (1,8%) requirió ingreso en UCI por insuficiencia respiratoria aguda tras su inserción.

En 30 procedimientos (52,6%) surgieron complicaciones menores, siendo las más frecuentes: erosiones esofágicas causadas por la extracción del balón (10, 17.5%) y esofagitis péptica (8, 14%). Cinco pacientes (8,8%) requirieron la retirada precoz por intolerancia. En 3 ocasiones (5.3%) se produjo rotura espontánea del balón que se extrajo endoscópicamente.

Conclusiones: En los pacientes sometidos a cirugía bariátrica el BIG consigue una pérdida ponderal superior al tratamiento estándar, siendo una técnica endoscópica segura. Por tanto, el balón puede considerarse como una terapia puente válida hacia la cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida o extrema.

O-036

Bypass gástrico con anastomosis gastroyeyunal calibrada por laparoscopia. Evolución y detalles técnicos después de nuestra experiencia de más de 20 años. Comunicaciones Médicas. Oral.

Raga, Esther¹; Vives, Margarida¹; Paris, Marta¹; Bartra, Elia¹; Hernández, Mercedes¹; Trinidad, Anna¹; Lobo, Nicolás¹; Morales-Tugues, Carla¹; Sabench, Fatima²; Del Castillo Déjardin, Daniel¹.

¹Hospital Universitari Sant Joan de Reus; ²Facultad de Medicina. URV.

25/05/2022 18:30 Sala A

Introducción: El Bypass gástrico por laparoscopia es considerada la técnica “gold standart” para el tratamiento de la Obesidad Mórbida.

Se han realizado en los últimos 20 años más de 3000 intervenciones quirúrgicas de cirugía bariátrica con 1900 bypass gástrico mediante anastomosis gastroyeyunal calibrada a 25 mm.

Métodos: Se describe los detalles técnicos de cada paso y su evolución en este periodo.

El paciente está en posición de Lloyd Davis, colocación de 6 trócares, 2 de 5 mm, 2 de 12 mm y 2 de 10 mm. Colocación del primer trócar sin insuflación previa con la aguja de Veress y mediante trócar óptico. Infiltración con Ropivacaína de heridas trócares.

Dissección sistemática del ángulo de His y transección gástrica con GIA de 45 y 60 mm, confeccionando un reservorio de 50 ml.

Introducción: vía oral de sonda con Orvil de 25 mm. Sección vertical del epiplón mayor y localización del ángulo de Treitz para contar 60-80 cm de yeyuno que se secciona mediante GIA 60 mm.

Anastomosis gastroyeyunal con CEEA 25 mm, grapa de 3,5 mm.

Comprobación sistemática de la anastomosis mediante insuflación aire, instilación agua, o bien con azul de metileno.

Contaje longitud asa alimentaria según IMC paciente que oscila entre 100 y 150 cm.

Anastomosis yeyuno-yeyunal con Gia 60 mm.

Cierre sistemático de brecha mesentérica i hiato de Petersen.

Cierre herida mayor del trócar mediante control laparoscópico e instilación intraperitoneal de Ropivacaina.

La mayoría de los pacientes se benefician del protocolo de recuperación multimodal (Fast-Track) y a las pocas horas el paciente está en la planta de hospitalización.

Resultados: La estancia media durante los primeros 10 años era de 4-5 días, sin embargo en los últimos años ha ido disminuyendo llegando a unos 2,2 días. La morbilidad en este último periodo es de 1-2 % y una mortalidad de 0.15 %

Conclusión: El avance de la tecnología en la cirugía laparoscópica ha permitido su mejor evolución a favor de una mayor seguridad y más rápida recuperación del paciente. Así mismo, la incorporación de un estilo de trabajo multidisciplinar ha influido positivamente en la mejora de la cirugía bariátrica.

P-072

Revisión de cirugía bariátrica en mayores 65 años Comunicaciones médicas. Póster.

Álvarez Peña, Estibaliz; Valiño Fernández, Cristina; Atahualpa Arenas, Fredy; Zapata Syro, Camilo; Castell Gómez, José Tomás; Miras Estacio, Manuel; Durán Escribano, Carlos.

Clínica la Luz.

27/05/2022 10:30 Pantalla 1

Objetivos: La obesidad es un mal endémico de nuestro país. El informe OCDE 2019 destaca que la prevalencia de obesidad y sobrepeso en España en adultos es del 53%, ocupando la sexta posición en el ranking europeo. Valorando los datos en los pacientes mayores de 65 años, según los datos del CSIC, encontramos que un 23.6% presenta obesidad y un 45% sobrepeso. La asociación de comorbilidades en estas edades se eleva exponencialmente con el aumento IMC.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión retrospectiva de pacientes mayores de 65 años intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro en los últimos 2 años.

Resultados: Durante los años 2019 y 2020 se intervinieron un total de 13 pacientes con edad igual o mayor a 65 años. La edad media fue de 69 años (65-78), el IMC medio fue 39.5. Si lo clasificamos por grados de obesidad: grado I (IMC 30-35): 1 paciente; grado II (IMC 35-40): 8 pacientes; grado III (IMC 40-50): 3 pacientes; grado IV (IMC>50): 1 paciente. El 69% fueron mujeres. Entre los antecedentes médicos destacan: 92% eran paciente hipertensos; 53.8% presentaban cardiopatías; 30% padecían enfermedades respiratorias (SAOS, EPOC); 30% eran pacientes diabéticos tratados con antidiabéticos orales con Hb glicosilada media de 6%. El 38% eran dislipémicos (todos ellos en tratamiento médico). La media de fármacos que tomaban los pacientes era de 4.07 (2-10). En las pruebas complementarias prequirúrgicas llaman la atención los siguientes hallazgos ecográficos: un 70% presentaba esteatosis hepática, 3 pacientes asociaban colelitiasis y un paciente estaba colecistectomizado. En la gastroscopia y TGD se identificaron 6 pacientes con hernia de hiato. El riesgo preanestésico fue: ASA II 15%; ASA III 76.9%; ASA IV 8.1%. Todos los pacientes fueron intervenidos por vía laparoscópica: se realizaron 6 gastrectomías verticales; 4 gastrectomías vertical + nissen; 3 bypass. La media de estancia fue de 3.38 días (3-7) y en el postoperatorio destacó una neumonía nosocomial que requirió tratamiento antibiótico. No hubo complicaciones en postoperatorio tardío y no se reportaron fallecimientos. Tan sólo un paciente precisó colecistectomía programada a los 8 meses. El seguimiento medio ha sido de 1.76 años, objetivando un exceso de peso perdido medio de 31.53 kg (10-61) y un porcentaje exceso de peso perdido medio de 85.5% (36%-157.8%). La media de fármacos que toman los pacientes tras la cirugía es de 1.84 (0-8).

Conclusiones: La cirugía bariátrica en mayores de 65 años ha demostrado ser segura y efectiva para la reducción de peso. Además, reduce notablemente las comorbilidades asociadas y permite a estos pacientes mejorar su movilidad y su independencia para las actividades de la vida diaria. Por tanto, la edad per se no debería ser un criterio de exclusión.

O-052

Influencia de la pandemia covid sobre la cirugía de la obesidad

Comunicaciones médicas. Oral.

Álvarez Peña, Estibaliz; Valiño Fernández, Cristina; Atahualpa Arenas, Fredy; Zapata Syro, Camilo; Castell Gómez, José Tomás; Miras Estacio, Manuel; Durán Escribano, Carlos.
Clínica la Luz.

26/05/2022 11:30 Sala A

Objetivos: La pandemia COVID que vivimos desde principios del año 2020 ha trastocado absolutamente todos los ámbitos de la vida, especialmente el de la salud.

Material y métodos: Por ello, analizamos lo ocurrido con los pacientes intervenidos de obesidad desde diciembre del 2019 y durante el año 2020 en nuestro centro.

Resultados: Se intervinieron un total de 35 pacientes de cirugía bariátrica, lo que supuso una reducción de pacientes con respecto a los 2 últimos años cercana al 80%. De los 35 pacientes intervenidos, 24 fueron mujeres (68.5%); la edad media fue de 49.3 años (22-71). El IMC medio fue de 41.8. Entre los antecedentes médicos destacan: el 28% asociaban SAOS; el 37% eran hipertensos en tratamiento médico. El 14% eran diabéticos tipo II. El riesgo preanestésico dividido por grupos fue: ASA II 34%; ASA III 60%; ASA IV 6%. Todas las intervenciones fueron por vía laparoscópica: 60% gastrectomías verticales; 23% bypass gástrico (1 paciente en una sola anastomosis); 17% nissen-gastrectomía vertical. Durante el postoperatorio, en los casos en los que ya estaba instaurada la pandemia, se restringieron las visitas de familiares. La media de estancia fue 3 días. Entre las complicaciones inmediatas destacaron: una crisis hipertensión y una disnea, que requirieron tratamiento médico. En cuanto a las complicaciones tardías, 1 paciente presentó, 6 meses después de la intervención, una perforación en el asa alimentaria que se trató con éxito de forma quirúrgica. No hubo fallecidos en nuestra serie y ni hubo infecciones nosocomiales por COVID 19. El seguimiento en consulta fue telefónico o telemático en dos tercios de las ocasiones, siempre intentando ver físicamente a los pacientes en la primera visita postoperatoria. Se habilitó un teléfono de guardia las 24h del día de cara a solventar dudas. La media de consultas fue de 4,7 por año, perdiéndose 2 pacientes. Se detectaron 4 casos de infección por COVID 19 durante el seguimiento, y uno de ellos requirió ingreso en UCI. Llama la atención que 25% de los pacientes requirieron toma de ansiolíticos o antidepresivos secundarios a la pandemia. En cuanto a las variantes de peso la media de exceso de peso perdido fue de 38,6 kg (9-84) y el porcentaje de exceso de peso perdido de la serie fue 90,5% (16,2%-163,1%).

Conclusiones: Cabe destacar que el número de cirugías bariátricas disminuyó considerablemente con respecto a otros años, sin embargo, la cirugía realizada fue segura y sin mayores riesgos para el paciente, tal y como se demostró en otras especialidades quirúrgicas. El llamativo el aumento de la necesidad de medicación antidepresiva y ansiolítica durante la pandemia también se ha extrapolado a la población habitual, por el estrés y miedo a la COVID. En cuanto al seguimiento de estos pacientes, la vía telefónica y telemática ha supuesto un antes y un después, facilitando el acceso a las revisiones y consultas médicas postquirúrgicas, sin empeorar los resultados a largo plazo en cuanto a la pérdida de peso.

O-024

Microbiota intestinal como marcador potencial de esteatohepatitis no alcohólica. Comunicaciones Médicas. Oral.

Balaguer Román, Andrés¹; Martínez Sanchez, María Antonia²; Aliaga, Alfonso¹; Gomez Pérez, Beatriz¹; Cayuela Fuentes, Valentín¹; Cerezuela, Alvaro¹; Delegido García, Ana³; Ramos Molina, Bruno²; Hernández, Quiteria¹; Frutos Bernal, M^a Dolores¹.

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ²Instituto Murciano Investigación Biosanitaria; ³Hospital Dr. Rafael Méndez.

25/05/2022 17:00 Sala A

Objetivos: La enfermedad de hígado graso no alcohólico (NAFLD) representa un espectro de afecciones hepáticas que van desde la esteatosis simple hasta la esteatohepatitis y, finalmente, la cirrosis. La disbiosis intestinal se relaciona con el desarrollo de enfermedades intestinales y extraintestinales, esto incluye trastornos metabólicos como diabetes, enfermedades cardiovasculares dislipidemia o NAFLD.

Determinar la asociación entre el grado de esteatohepatitis no alcohólica y los cambios en la microbiota intestinal en pacientes con obesidad mórbida reclutados para cirugía bariátrica, es el objetivo de nuestro estudio, para en un futuro, poder desarrollar patrones microbianos útiles como biomarcadores que ayuden en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de esta patología.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional que llevado a cabo en una cohorte de individuos con obesidad mórbida (IMC > 40 kg/m²), sometidos a bypass gástrico

Metodología: Para diagnosticar el grado de esteatohepatitis no alcohólica realizaremos un análisis histopatológico de las biopsias hepáticas tomadas durante la intervención bariátrica. La composición de la microbiota intestinal se analizará en muestras de heces mediante secuenciación del gen ARNr 16S.

Resultados: Los resultados gráficos de las principales especies microbianas se representan en el diagrama de barras donde se comparan pacientes con hígado sin esteatosis (0), hígado con esteatosis no alcohólica (1) e hígado con esteatohepatitis no alcohólica (2). (gráfico adjunto).

Al analizar la microbiota intestinal y compararla entre el grupo de pacientes con esteatosis versus esteatohepatitis, obtenemos diferencias significativas en las siguientes especies microbianas:

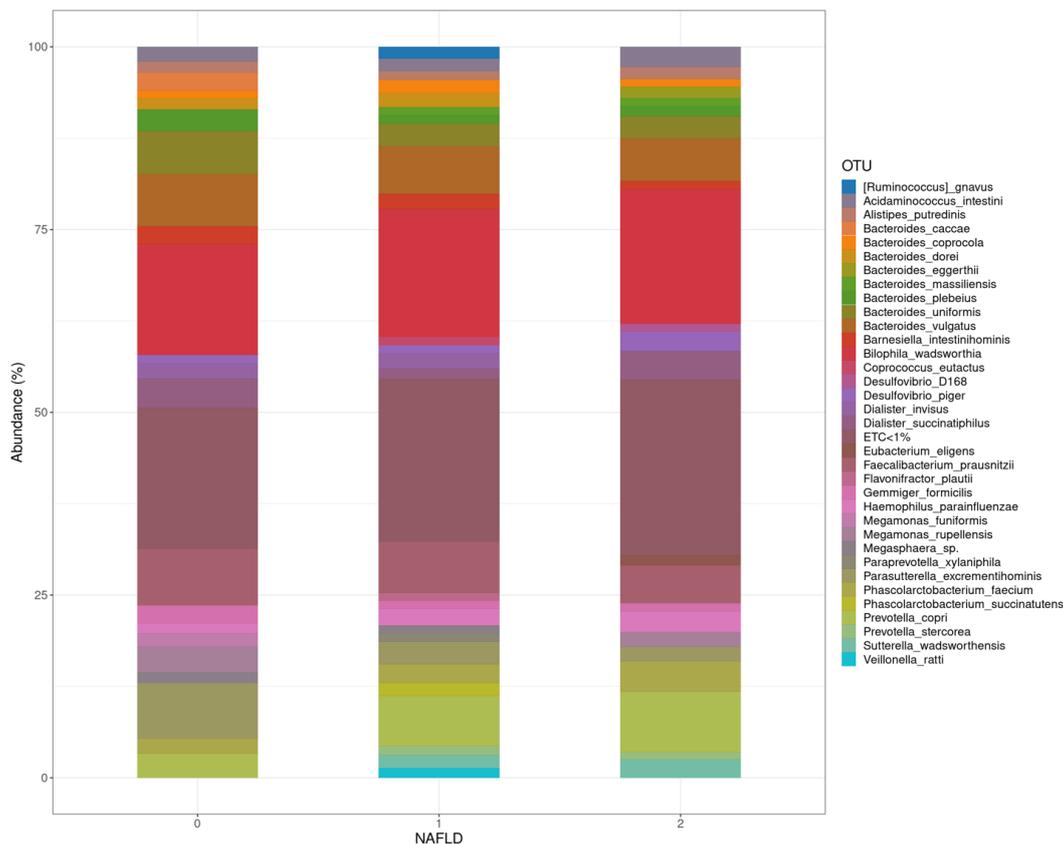
Tabla 1: Principales microorganismos con diferencias significativas entre grupo de esteatosis y esteatohepatitis. En verde los microorganismos que aumentan en la esteatohepatitis, en rojo los microorganismos que aumentan en la esteatosis.

taxa	baseMean	log2FoldChange	lfcSE	stat	pvalue	padj	contraste
Dialister_succinatiphilus	21.657	-45.5	3.478	-13.084	0	0	1_2
Megamonas_funiformis	10.681	-22.787	3.479	-6.55	0	0	1_2
Dialister_invisus	33.371	24.809	2.878	8.62	0	0	1_2
Mitsuokella_jalaludinii	4.932	-28.026	3.478	-8.057	0	0	1_2
Paraprevotella_xylaniphila	36.89	40.345	3.489	11.564	0	0	1_2
Megamonas_rupellensis	84.417	-25.658	3.478	-7.378	0	0	1_2
Leclercia_adecarboxylata	5.165	-26.871	3.478	-7.725	0	0	1_2

Conclusiones: Existe un gran porcentaje de pacientes que no muestra una mejora significativa con esteatohepatitis no alcohólica avanzada tras la cirugía bariátrica, aun habiendo reducido el peso y mejorado el estado metabólico de los mismos. La razón no se conoce con exactitud, por lo que son necesarios más estudios que analicen en detalle la evolución de determinados factores implicados en la fisiopatología.

Alteraciones en la microbiota se han asociado con diversas enfermedades entre las que se incluye la esteatohepatitis no alcohólica. Conocer en qué manera afectan los cambios en la misma podría abrir una nueva ventana en el tratamiento de esta enfermedad, y también servir como biomarcador pronóstico y diagnóstico en este tipo de pacientes.

Desarrollando estudios prospectivos que valoren los cambios en el perfil microbiano tras la reversión o no de la esteatosis Pósterior a la cirugía, puede ayudarnos a desarrollar patrones microbianos que permitan pronosticar la enfermedad con mayor exactitud, ayudar en el diagnóstico de la misma o incluso desarrollar herramientas terapéuticas para revertirla.



O-002

Reganancia ponderal en pacientes intervenidos de bypass gástrico

Comunicaciones médicas. Oral.

Martínez Pinedo, Carlos; Sánchez Peláez, Daniel; Jiménez Higuera, Elisa; Fernández Camuñas, Ángel; Ruiz García, Pablo; Barbero Valenzuela, Alejandro; Martínez De Paz, Fernando; Menchén Trujillo, Bruno; Gil Rendo, Aurora; Martín Fernández, Jesús.

Hospital General.

25/05/2022 12:30 Sala A

Introducción: La cirugía bariátrica ha demostrado ser el tratamiento más efectivo para reducir el exceso de peso, lo que favorece la mejoría de las comorbilidades. Pero los estudios con seguimiento a largo plazo demuestran que un porcentaje importante de pacientes operados regana peso. En este estudio evaluamos la reganancia de peso al quinto año postoperatorio tras bypass gástrico en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de la base de datos prospectiva de cirugía bariátrica de nuestro hospital. Se incluyen pacientes intervenidos mediante técnica de bypass gástrico entre enero del año 2000 y diciembre del 2020. De los pacientes que han alcanzado una pérdida de peso adecuada al año y medio de la cirugía (% EPP \geq 50) y tenemos seguimiento al quinto año, estudiamos la tasa de reganancia ponderal respecto al peso nadir. Analizamos diversos factores antropométricos, conductuales y quirúrgicos influir en esta reganancia de peso.

Resultados: Se ha intervenido de bypass gástrico a un total de 689 pacientes, 74% mujeres y 26% varones, con una edad media de 42 años y con un IMC medio preoperatorio de 47,48 Kg/m². La media del % EPP al año y medio de la cirugía es de 77,2 %. El 93% de los pacientes presenta un % EPP igual o superior a 50% al año y medio del bypass, pero este porcentaje decrece con los años. El 74% de los pacientes alcanzan su peso nadir a lo largo de los dos primeros años postoperatorios. Analizamos la tasa de reganancia ponderal en 325 pacientes con seguimiento al quinto año y pérdida de peso adecuada al año y medio. El 51,4% de los pacientes tiene una ganancia de peso igual o mayor al 10% respecto al peso nadir. Un 31,4% de los pacientes presenta IMC superior a 35 al quinto año y la ganancia media de peso es de 12,27% respecto al peso nadir. Analizando diversas variables entre el grupo que regana peso y el que no, encontramos diferencias respecto a la adherencia a la dieta.

Conclusión: La tasa de reganancia de peso es significativa al quinto año, a pesar de haber logrado previamente una adecuada pérdida ponderal. Habría que estudiar si esta reganancia ha favorecido la reaparición de comorbilidades y como los factores conductuales y el distanciamiento de los controles médicos influyen en esta reganancia de peso.

O-025

Enfermedad ulcerosa tras cirugía bariátrica derivativa. Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes intervenidos en el hospital universitario donostia Comunicaciones médicas. Oral.

Iraola Fernández De Casadevante, María; De Ariño Hervás, Itziar; Martí Gelonch, Laura; Talavera Urquijo, Eider; Eizaguirre Letamendia, Enma; Asensio Gallego, Jose Ignacio; Enriquez Navascués, Jose María.
Hospital Universitario Donostia.

25/05/2022 17:00 Sala A

Objetivo: analizar la incidencia de enfermedad ulcerosa que presentan los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica derivativa en el Hospital Universitario Donostia (HUD) durante los años 2017,2018 y 2019. Los **Objetivos:** secundarios son analizar los posibles factores de riesgo asociados a la enfermedad ulcerosa y el tratamiento aportado a estos pacientes.

Material y método: análisis retrospectivo de casos consecutivos intervenidos de cirugía bariátrica derivativa en el HUD durante los años 2017,2018 y 2019. Realización de análisis univariante de posibles factores de riesgo para su presentación y descripción de la sintomatología, tratamiento y seguimiento aportado a estos pacientes.

Resultados: una de las complicaciones a largo plazo que desarrollan los pacientes intervenidos de cirugía derivativa es la úlcera marginal en la anastomosis gastroyeyunal. Si bien el mecanismo de producción de la misma es aún desconocido, su prevención y manejo siguen suponiendo un reto. En la cohorte de pacientes intervenidos de cirugía derivativa (N= 91) la prevalencia de úlcera anastomótica fue del 8%. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron el dolor abdominal y la hemorragia digestiva alta. El método diagnóstico de elección fue la gastroscopia y el manejo médico con IBPs fue suficiente en todos los pacientes. El tabaco y los AINES han resultado ser factores de riesgo significativos, al contrario que el alcohol, que no ha demostrado serlo. La toma profiláctica de IBPs no ha demostrado ser un factor protector estadísticamente significativo, sin embargo, destaca una baja adherencia al tratamiento crónico en la cohorte estudiada.

Conclusiones: La incidencia de úlcera marginal de anastomosis gastroyeyunal en esta cohorte de pacientes es muy baja, probablemente debida a que es una complicación que se desarrolla a largo plazo, siendo necesario un seguimiento de los mismos. Entre los factores de riesgo para su desarrollo se encuentran el uso del tabaco y la toma de AINES. El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones ha sido suficiente sin requerir cirugía ningún caso. Estudios a largo plazo y con mayor tamaño muestral son necesarios, dada la baja incidencia de la enfermedad.

P-027

Presentación atípica de hernia de petersen. A propósito de un caso

Comunicaciones médicas. Póster.

Esmaili Ramos, Mahur; Ortega Maher, Elena; García Aparicio, Monica; Broekhuizen Benitez, Javier; Cano Pecharromán, Esther María; Martín Paniagua, Leticia; Mesa Ruiz, María Inmaculada; Balsa Marín, Tomás.
Hospital Nuestra Señora del Prado.

26/05/2022 11:00 Pantalla 1

Objetivos: Mostrar un caso de hernia del espacio de Petersen con presentación clínica atípica en paciente sometida a bypass gástrico laparoscópico (BPGL) así como su manejo y resolución.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 41 años con antecedentes de diabetes gestacional, síndrome de ovario poliquístico y ex fumadora, intervenida quirúrgicamente en el 2013 de gastrectomía tubular por obesidad mórbida (peso inicial 104 Kg, IMC 38,3). Presenta una pérdida ponderal de 40 Kg (IMC de 22,5), con un porcentaje de exceso de peso perdido del 106,8% en los dos primeros años tras esta cirugía. A pesar de la buena evolución, en marzo del 2021 precisa conversión a bypass gástrico por reflujo gastroesofágico realizándose mediante abordaje laparoscópico. Las anastomosis se llevan a cabo de manera mecánica, la longitud de la anastomosis principal se realiza a 80cm, con posición del asa de forma antecólica; se elabora el pie de asa a 60cm y no se realiza cierre de las brechas mesentéricas.

Inicialmente la paciente presenta buena evolución sin complicaciones postoperatorias por lo que es dada de alta al tercer día postoperatorio tras comprobar adecuada tolerancia oral.

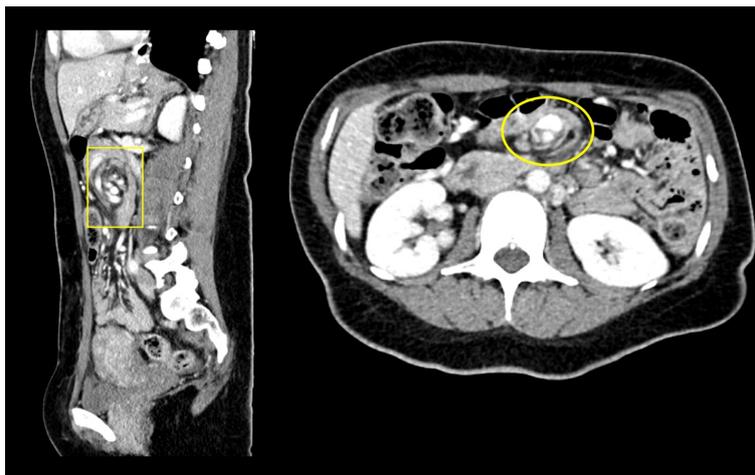
A los seis meses del BPGL comienza con clínica de dolor abdominal en HCD, que se acentúa con las comidas, tolerando únicamente líquidos por lo que acude en dos ocasiones a urgencias, siendo dada de alta con tratamiento analgésico.

Se realiza ecografía y colangiografía de manera ambulatoria, resultando normales. Finalmente, en diciembre del 2021 se realiza TAC abdominal preferente, encontrando hallazgos que sugieren la presencia de una hernia interna a través del espacio de Petersen (presencia del signo del "remolino").

Resultados: Tras los hallazgos radiológicos, se programa intervención quirúrgica preferente a la semana del diagnóstico. Se comienza mediante laparoscopia y ante dificultades técnicas se precisa conversión a cirugía abierta. Se identifica hernia a través del espacio de Petersen de todo el paquete intestinal. Se procede a la reducción herniaria y cierre de la brecha con sutura irreabsorbible.

Buena evolución y alta a las 48 horas de la cirugía con buena tolerancia. Revisión al mes en consulta con resolución completa de la clínica.

Conclusiones: Las hernias internas son una de las complicaciones más frecuentes tras cirugías bariátricas. El diagnóstico y tratamiento precoces son indispensables por ello, es importante tener una alta sospecha clínica teniendo en cuenta que la presentación puede ser muy anodina e inespecífica, como ocurre con esta paciente en la que la hernia se produce años después de la pérdida de peso mayoritaria y cursa con una clínica larvada en el tiempo.



O-026

Análisis de la implementación de un programa de cirugía bariátrica robótica en un centro de tercer nivel: resultados iniciales tras cirugía revisional Comunicaciones médicas. Oral.

Balibrea, Jose M.; Curell, Anna; González-Atienza, Paula; Farguell, Jordi; Andreu, Alba; Flores, Lilliam; Ibarzábal, Ainitze; Morales, Xavier; Momblán, Dulce; Lacy, Antonio M.

Hospital Clínic de Barcelona.

25/05/2022 17:00 Sala A

Introducción: La obesidad se considera una de las epidemias del siglo XXI. La cirugía bariátrica ofrece excelentes resultados a largo plazo tanto en pérdida ponderal como en evolución de las comorbilidades. Sin embargo, el auge de estos procedimientos ha conllevado también la aparición de complicaciones a largo plazo, como también casos de resultados poco satisfactorios en cuanto a la pérdida ponderal. Así pues, son cada vez más frecuentes los casos de cirugía revisional, que se asocian a una mayor complejidad técnica, con la consiguiente mayor tasa de complicaciones intra y postoperatorias. El desarrollo de plataformas robóticas puede ser una herramienta útil para mejorar los resultados de estos procedimientos quirúrgicos.

Métodos: Entre febrero de 2020 y diciembre de 2021 se intervinieron un total de 93 pacientes de cirugía bariátrica asistida por robot Da Vinci Xi® (Intuitive Surgical) en nuestro centro. En 15 de los casos se trató de cirugías revisionales tras una cirugía bariátrica previa.

Resultados: Las intervenciones quirúrgicas realizadas fueron 10 conversiones de gastrectomía vertical (GV) a *bypass* gástrico (BPG), una de ellas con gastrectomía del remanente gástrico asociada, y 5 conversiones de GV a *bypass* duodeno-ileal de una sola anastomosis (SADI-S). El 80% de los pacientes eran mujeres, con una edad media de 49.13 años (25—70). El IMC preoperatorio medio era 44.3 kg/m² (29.67—59.36). En 5 de los casos se asoció una hiatoptasia, en un caso una colecistectomía y en otro caso una fenestración de quistes hepáticos y eventrorrafia de una hernia incisional de un trocar. La duración media de las cirugías fue de 179.45 minutos incluyendo el tiempo de *docking* (120—330). En un caso (6.7%) fue necesario convertir a laparoscopia por conflicto entre los brazos del robot. En los BPG, la anastomosis gastroyeyunal fue manual en 5 casos (33.3%), siendo el resto lineal mecánica con cierre del defecto en uno o dos planos. En el caso de los SADI-S, la anastomosis duodeno-ileal fue siempre manual en dos planos. La estancia hospitalaria media fue de 3.73 días (2—21). Dos pacientes (13.3%) presentaron alguna complicación postoperatoria (un caso de Clavien-Dindo 3a y un caso de Clavien 3b), siendo necesaria la reintervención quirúrgica en ambos casos, uno para realización de hemostasia del lecho quirúrgico y el otro por dehiscencia de la línea de grapado del reservorio que se trató con lavados, colocación de drenajes y terapia de presión negativa endoluminal (Eso-SPONGE®, B. Braun Medical Ltd.). No hubo ningún caso de infección por SARS-CoV-2 en los 30 primeros días del postoperatorio. Con una media de seguimiento de 7.87 meses (1—14), el IMC medio a los 6 meses de la cirugía fue 37.04 kg/m² (27.76—50.04), con un EWL% medio de 43.48% y un TWL% medio de 18.89%.

Conclusiones: El uso de plataformas robóticas es una buena herramienta en cirugía revisional tras cirugía de la obesidad, que puede contribuir a facilitar técnicas y maniobras complejas que se asocian a elevadas tasas de complicaciones.

O-012

Integración de la experiencia del paciente en la evaluación de la calidad del programa de cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Oral.

Riquelme Gaona, Jerónimo; Morandeira Rivas, Antonio; Rojas De La Serna, Gabriela; Romero Arias, Raquel; Muñoz De La Espada Merlo Córdoba, Juan Bautista; Del Val Zaballos, Florentino; Martínez Blázquez, Anselmo; Sánchez Carpintero, Alfonso; Anciano Campo, Pedro; Moreno Sanz, Carlos.
Hospital General la Mancha Centro.

25/05/2022 15:30 Sala A

Objetivos: Analizar la experiencia de los pacientes intervenidos en un programa de cirugía bariátrica para la mejora continua de la calidad asistencial.

Material y métodos: Se diseñaron dos cuestionarios para conocer la experiencia de los pacientes en el programa de cirugía bariátrica. Ambos fueron autoadministrados por el paciente, uno en la primera semana y el segundo un año tras la intervención.

En el cuestionario una semana tras la intervención, se puntuaron del 1 (muy mala) al 5 (muy buena) los siguientes aspectos: satisfacción con la información recibida en las consultas preoperatorias, facilidad de contacto para resolver dudas con los diferentes servicios que participan en el programa (endocrinología, salud mental, cirugía general, rehabilitación, anestesiología y neumología), tiempo transcurrido desde la entrada en el programa hasta la intervención, satisfacción con la información recibida durante el ingreso hospitalario, satisfacción global con el programa de cirugía bariátrica y comentarios y observaciones.

En cuanto al estudio anual, se valoraron los siguientes ítems: facilidad de contacto para resolver dudas con los diferentes servicios que participan en el programa, valoración de las consultas, satisfacción global con el programa y comentarios y observaciones.

Resultados: Se han recogido un total de 132 respuestas válidas al cuestionario, 59 a la semana de la intervención y 73 tras el primer año.

En la evaluación del programa tras la intervención, la gran mayoría de pacientes (92-100%) otorgan una puntuación buena o muy buena (4-5) a la información recibida en las consultas de los diferentes servicios involucrados. El 95% dan un buen resultado a la información durante la hospitalización y la facilidad para la resolución de dudas. El punto más débil es el tiempo transcurrido desde el inicio del programa hasta la intervención quirúrgica (64% de respuestas entre 4-5 puntos). No obstante, el 98% de los pacientes muestran estar satisfechos o muy satisfechos de forma global con el programa de cirugía bariátrica.

Tras el primer año, la mayoría de los pacientes dan buena puntuación (4-5 puntos) a la facilidad de contacto con los servicios implicados (83.5%) y al seguimiento en consultas (90%). El 97% tienen un grado de satisfacción alto o muy alto con el programa.

Entre los comentarios libres, además del agradecimiento de muchos pacientes, se encontraron referencias al tiempo transcurrido desde el inicio del programa hasta la intervención, al precio de los suplementos nutricionales y a la cirugía de modificación de contorno corporal tras consolidar la pérdida de peso.

Los resultados de estos cuestionarios han motivado la puesta en marcha de diferentes acciones de mejora, que incluyen la adecuación de la información que se da al paciente sobre diferentes aspectos del programa o la priorización de pacientes en la lista de espera entre otros.

Conclusiones: Los programas de cirugía bariátrica se basan en la actuación coordinada de un equipo multidisciplinar que involucra a profesionales de muy distintos servicios. La integración de la experiencia comunicada por el paciente (Patient Reported Outcome Measures, PREMs) a la evaluación de la calidad del programa es de gran utilidad en la mejora continua del mismo.

V-021

Hiatorrafia para el tratamiento de hernia de hiato durante bypass gástrico y sadis-s: un gesto sencillo pero preventivo Comunicaciones médicas. Vídeo.

Riquelme Gaona, Jerónimo; Morandeira Rivas, Antonio; Rojas De La Serna, Gabriela; López Saiz, María; Muñoz De La Espada Merlo Córdoba, Juan Bautista; Martínez Blázquez, Anselmo; Cruz Tejado, Javier; Cuevas Toledano, Javier; Fernández Menor De Santos, Elena; Moreno Sanz, Carlos.
Hospital General la Mancha Centro.

25/05/2022 17:00 Sala D

Objetivos: La hernia de hiato es un hallazgo frecuente en el paciente obeso que contribuye a la presencia y gravedad del reflujo gastroesofágico y puede llegar a condicionar el resultado de la intervención quirúrgica planteada. En este vídeo presentamos 2 casos de hiatorrafia para el tratamiento de la hernia de hiato durante bypass gástrico y un caso de SADIS-S (Single anastomosis duodeno-ileal bypass with sleeve gastrectomy) extrapolable además a casos de gastrectomía tubular vertical.

Material y métodos: Caso 1: varón de 49 años con IMC 38.2Kg/m², hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS), sin síntomas ni signos de reflujo esofagogástrico. Durante el estudio preoperatorio para bypass gástrico se encuentra hernia de hiato por deslizamiento.

Caso 2: mujer de 61 años con IMC 42 Kg/m² con historia de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, SAHS tratada con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) nocturna, hipotiroidismo primario y síntomas de reflujo gastroesofágico. Durante el estudio preoperatorio de bypass gástrico se detecta hernia de hiato.

Caso 3: mujer de 43 años con IMC de 49 Kg/m² con antecedente de hipertensión arterial, dislipemia, sin síntomas de reflujo (no toleró estudios de función esofágica). En la endoscopia se diagnostica de hernia de hiato y bulbitis erosiva, por lo que se decide realizar SADIS-S con hiatorrafia.

Resultados: En todos los pacientes se realizó abordaje laparoscópico con 5 puertos, confirmando el diagnóstico de hernia de hiato. Se hizo disección de tercio distal del esófago, liberación del saco herniario y pilares diafragmáticos, con hiatorrafia con puntos no reabsorbibles, tras lo cual se continuó la intervención planeada sin incidencias. Los 3 pacientes tuvieron una evolución favorable y fueron dados de alta al tercer día postoperatorio siguiendo el protocolo del centro.

Conclusiones: Tanto el bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux como el SADIS-S son técnicas de cirugía bariátrica que permiten un tratamiento adecuado de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. No obstante, no corrigen la presencia de hernia de hiato, que puede producir complicaciones en el postoperatorio si se produce el deslizamiento del reservorio gástrico a la cavidad torácica, por lo que si se detecta en el preoperatorio o durante la intervención puede ser recomendable plantear su tratamiento mediante hiatorrafia.

V-024

Gastrectomía tubular vertical con preservación de nissen: una opción a tener en cuenta en casos excepcionales **Comunicaciones médicas. Vídeo.**

Riquelme Gaona, Jerónimo; Morandeira Rivas, Antonio; Rojas De La Serna, Gabriela; Muñoz De La Espada Merlo Córdoba, Juan Bautista; Cruz Tejado, Javier; Martínez Blázquez, Anselmo; Cuevas Toledano, Javier; Fernández Menor De Santos, Elena; Madrid Muñoz, Rafael; Moreno Sanz, Carlos.
Hospital General la Mancha Centro.

25/05/2022 17:00 Sala D

Objetivo: La enfermedad por reflujo gastroesofágico es más prevalente en las personas obesas y puede condicionar en gran medida su calidad de vida. La funduplicatura es el tratamiento de elección en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico refractaria a tratamiento higiénico-dietético y farmacológico. En pacientes obesos puede ser más adecuado realizar un bypass gástrico como cirugía bariátrica y procedimiento antirreflujo, aunque esto no siempre es posible.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 48 años con obesidad grado III, enfermedad de Crohn con lesiones en duodeno, yeyuno e íleon y antecedente de funduplicatura Nissen laparoscópica por enfermedad por reflujo gastroesofágico, con buen resultado desde el punto de vista funcional.

Resultados: Durante el seguimiento en consulta de endocrinología se logra pérdida de peso insuficiente (IMC de 42 a 40.5 Kg/m²) por lo que se plantea cirugía bariátrica. Dados los antecedentes del paciente y la ausencia clínica y radiológica de reflujo, se propone para gastrectomía tubular vertical con preservación de la funduplicatura.

Comienza la cirugía con la comprobación del buen estado de la cirugía previa, aunque no se explora completamente la cara derecha de la funduplicatura por adherencias firmes al hígado. A continuación, se lleva a cabo la devascularización de la curvatura mayor gástrica disecando la cara Pósterolateral izquierda de la funduplicatura hasta exponer el pilar izquierdo del diafragma. Se realiza una gastrectomía vertical desde unos 6cm del píloro, calibrada sobre una sonda de 36 Fr, preservando la funduplicatura previa.

Tras una evolución postoperatoria favorable el paciente es dado de alta el tercer día postoperatorio con adecuada tolerancia oral, saciedad y ausencia de síntomas de reflujo.

Conclusiones: La cirugía bariátrica en el paciente con enfermedad de Crohn es un procedimiento poco frecuente y de mayor complejidad, con más limitaciones debido a la presencia de lesiones en todo el tubo digestivo y la necesidad de tratamiento inmunosupresor. Esto puede condicionar la indicación de la técnica quirúrgica a emplear, máxime cuando además existe alteración de la anatomía local debido a cirugías previas.

En pacientes en los que no se puede llevar a cabo una técnica derivativa y presentan antecedente de cirugía antirreflujo es posible preservar total o parcialmente la funduplicatura previa, siendo esta última opción más controvertida por el riesgo de alterar su adecuado funcionamiento y provocar recidiva de los síntomas.

V-025

Trastorno malabsortivo refractario a tratamiento médico en paciente con bypass gástrico laparoscópico en y de roux (bpgyr). ¿Es la cirugía de revisión el tratamiento efectivo?

Comunicaciones médicas. Vídeo.

Almeida Vargas, Ana; Luján Colás, Juan; Aliseda Jobe, Daniel; Blanco Asencio, Nuria; Sabatella, Lucas; Tuero Ojanguren, Carlota; Rotellar Sastre, Fernando; Valentí Azcárate, Victor.

Clínica Universidad de Navarra.

25/05/2022 17:00 Sala D

Introducción: El BPGYR es un tratamiento eficaz y efectivo en paciente con obesidad mórbida, sin embargo, no está exento de complicaciones que requieren el abordaje multidisciplinar para su estudio y tratamiento.

Presentamos un caso clínico de una paciente intervenida de BPGYR que requirió cirugía de revisión por trastorno malabsortivo.

Material y métodos: Paciente de 36 años con antecedente de obesidad mórbida (IMC 47 kg/m²) intervenida mediante bypass gástrico laparoscópico y colecistectomía (año 2020, en otro centro hospitalario). Consulta por clínica de diarrea crónica y cólicos renales de repetición, siendo valorada conjuntamente por el departamento de Endocrinología y Digestivo. A los 18 meses de la intervención presenta pérdida de 55 kg de peso (IMC 25kg/m²), astenia, hiporexia, anemia ferropénica, leve desnutrición proteica y hiperoxaluria que condiciona enfermedad renal crónica. La paciente es tratada con complementos nutricionales y tratamiento médico sin mejoría significativa. El estudio de tránsito esófago -gástrico y las pruebas de sobrecrecimiento bacteriano no mostraron hallazgos patológicos. La gammagrafía confirma malabsorción para sales biliares.

Resultados: Se propone laparoscopia exploradora y cirugía de revisión en la que se la que se aprecia adherencia intraabdominal del remanente gástrico a la anastomosis gastroyeyunal, "Candy cane" de mediano tamaño, asa alimentaria (AL) de 340 cm, asa biliopancreática (ABP) de 150 cm y asa común (AC) de 60 cm. Se realiza liberación de adherencias del remanente gástrico distal a la anastomosis gastroyeyunal, Sección de la anastomosis previa y resección de 2 cm del asa yeyunal en relación con la anastomosis anterior. Confección de nuevo reservorio gástrico calibrado y nueva anastomosis gastroyeyunal retrogástrica lineal mecánica. Contaje de asas intestinales y producción de mayor absorción intestinal disminuyendo la longitud del asa alimentaria, manteniendo la distancia original del asa biliopancreática (150 cm) y consiguiendo un asa común de 320 cm.

Durante el ingreso presenta rectorragias y anemización sin repercusión hemodinámica y TAC abdominal (contraste iv) normal. Se transfunden dos concentrados de hemáties y es dada de alta el 5^a día postoperatorio. En el seguimiento al mes y a los 3 meses presenta adecuada tolerancia a la dieta sin recidiva clínica y mejoría de los parámetros nutricionales.

Conclusiones: Los pacientes intervenidos de obesidad mediante BPGYR que presentan un AC corta pueden desarrollar un trastorno malabsortivo severo. Es importante que su estudio y manejo se realice por un equipo multidisciplinar. La cirugía de revisión laparoscópica mediante el incremento del AC es una opción segura y eficaz en estos pacientes refractarios al tratamiento médico.

V-017

Perforación de ulcera de remanente gástrico en bypass gástrico en Y de Roux al ligamento redondo, una presentación inusual Comunicaciones médicas. Vídeo.

Ferrigni González, Carlos J; García, Alejandro; Castellon, Camilo; Torres, Ana; Perez, Maria Teresa; Franco, Rocio; Duran, Manuel.
Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

25/05/2022 15:30 Sala D

Introducción: La cirugía bariátrica ha demostrado ser el tratamiento más efectivo para la obesidad mórbida y la resolución de las comorbilidades asociadas en comparación con el tratamiento no quirúrgico. El bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) sigue siendo uno de los procedimientos más realizados, considerado por muchos como el tratamiento estándar de oro. Por tratarse de una reconstrucción de Y de Roux, dificulta el acceso directo a la vía biliar, al estómago remanente y al duodeno. Con respecto a la enfermedad ulcero péptica (EUP) del estómago y duodeno excluidos, no se conocen cifras exactas de su incidencia, pero puede provocar una morbilidad grave y en ocasiones puede poner en peligro la vida en los pacientes operados de BGYR.

Materiales y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 51 años, fumador activo, operado de BGYR abierto en el año 2009 con IMC inicial de 42. En noviembre del 2019 acude a nuestra urgencia por presentar dolor abdominal supramesocólico y fiebre 38° C. Con diagnóstico de perforación de ulcera de remanente gástrico contenida a ligamento redondo se decide inicialmente tratamiento conservador para programar cirugía. 2 meses después, mientras esperaba tratamiento quirúrgico definitivo, presenta misma clínica y se decide ingreso para cirugía urgente.

Resultados: En enero del año 2020 se realiza laparoscopia exploradora con hallazgos de ulcera duodenal de remanente perforada a ligamento redondo. Se decide drenaje de absceso y extirpación de remanente gástrico. Anatomía patológica de pieza reporta cambios inflamatorios crónicos sin evidencia de malignidad, no Helicobacter Pylori. Paciente presenta evolución satisfactoria con alta al 4º día de post operatorio. No incidencias en tiempo de seguimiento hasta última revisión en 11/2021.

Conclusión: La Enfermedad ulcero péptica en los segmentos excluidos después de BGYR es difícil de diagnosticar y en ocasiones difícil de tratar. Esta puede presentarse de manera diferente, como en el caso presentado, a la presentación en un paciente con anatomía normal. La gastrectomía del remanente es una solución definitiva que evita la necesidad de un seguimiento endoscópico, pero no es un tratamiento inicial de elección salvo en determinados casos.

V-038

Cirugía de conversión. Scopinaro a tubular gástrico Comunicaciones médicas. Vídeo.

Toscano Novella, Alberto¹; Sánchez Espinel, Ester²; Kaibel Val, Rodrigo¹; Salgado Álvarez, Rocio¹.

¹HOSPITAL RIBERA POVISA; ²RIBERA POVISA.

26/05/2022 09:00 Sala D

Objetivos: Se expone el caso clínico de una paciente con reganancia ponderal tras cirugía de Scopinaro laparotómica y múltiples intervenciones previas

Material y métodos: Historia clínica de la paciente y la edición del video de la intervención

Resultados: Abordaje laparoscópico con buena evolución posoperatoria. La paciente fue alta a las 48 horas de la intervención.

El seguimiento en consulta a 16 meses muestra una pérdida ponderal aceptable con disminución de las comorbilidades.

Conclusiones: El abordaje de las revisión o conversión de cirugía bariátrica debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinar. La elección de la técnica y el acceso laparoscópico debe ser individualizado a cada paciente. La existencia de cirugías abdominales previas complica aún más el manejo mínimamente invasivo, pero no debería ser una contraindicación absoluta de entrada.

P-008

Hallazgo incidental durante la cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Póster.

Rojas, Gabriela; Morandeira, Antonio; Riquelme, Jerónimo; Muñoz De La Espada, Juan Bautista; Juárez, Rocío; Cuevas, Javier; Fernández-Menor, Elena; Madrid, Rafael; Herrero, María Luz; Moreno, Carlos.
Hospital General la Mancha Centro.

25/05/2022 18:00 Pantalla 2

Objetivos: La obesidad ha aumentado su incidencia exponencialmente hasta ser considerada una pandemia. Esto ha hecho que los procedimientos bariátricos se conviertan en una de las cirugías gastrointestinales más frecuentes actualmente, lo cual puede suponer un aumento en el número de hallazgos incidentales intraoperatorios. Presentamos el caso de un paciente al que se realiza un bypass gástrico y resección de una tumoración gástrica hallada de forma incidental.

Material y métodos: Varón de 59 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, dislipemia, hipertensión arterial, síndrome apnea del sueño (SAHS) en tratamiento con BIPAP, enfermedad renal crónica y esteatosis hepática, que es valorado por el equipo multidisciplinar de cirugía bariátrica por obesidad refractaria a tratamiento médico-dietético. El paciente presenta un peso de 115 kg y un índice de masa corporal (IMC) de 41 kg/m². La gastroscopia no mostraba hallazgos relevantes y en la ecografía abdominal únicamente destacaba esteatosis hepática.

Resultados: Se decide llevar a cabo un bypass gástrico por vía laparoscópica. Durante la confección del reservorio gástrico se observa una tumoración dependiente de la serosa en la cara Pósterior del remanente gástrico, de unos 2 cm de diámetro. Se realiza resección de la misma con endograpadora con distancia al margen de la lesión. Se prosigue la cirugía del bypass gástrico sin más incidencias durante la intervención ni en el curso postoperatorio. La anatomía patológica informa de tumor gastrointestinal fusiforme de bajo grado (2 mitosis por 5m^{m2}) con márgenes libres expresando CKit, DOG1 y CD34 con índice de proliferación menor al 5%.

Conclusión: Los hallazgos incidentales durante la cirugía bariátrica pueden precisar un cambio en la decisión quirúrgica, incluso la suspensión o demora del procedimiento. En otros casos, como el que presentamos, el tratamiento de ambas patologías puede realizarse de forma concomitante. Dada la baja incidencia de hallazgos de este tipo no parece justificada la utilización de más estudios diagnósticos preoperatorios de forma sistemática.

O-021

Calidad de vida tras cirugía bariátrica, incluyendo la visión del paciente en la evaluación de los resultados Comunicaciones médicas. Oral.

Rojas, Gabriela; Morandeira, Antonio; Riquelme, Jerónimo; Romero, Raquel; Muñoz De La Espada, Juan Bautista; Del Val, Florentino; Cruz, Javier; Sánchez, Alfonso; Anciano, Pedro; Moreno, Carlos.
Hospital General la Mancha Centro.

25/05/2022 17:00 Sala A

Objetivos: Los resultados comunicados por el paciente o patient-reported outcomes measures (PROM), incluyendo los relacionados con la calidad de vida, son de gran importancia en los programas de cirugía bariátrica. El objetivo de este estudio fue analizar los resultados de calidad de vida al año y a los cinco años tras la cirugía bariátrica en nuestro centro.

Material y métodos: Desde el año 2019 se implementó en nuestro centro la administración sistemática de cuestionarios de calidad de vida en el seguimiento de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Para este estudio se incluyeron los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica primaria, con seguimiento a uno o cinco años y con cuestionario de calidad de vida completado correctamente. Se utilizaron dos herramientas PROM específicas para cirugía bariátrica, Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) y Moorehead-Ardelt Quality of life instrument (MAQOL).

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes, 68 con seguimiento al año (tasa de respuesta del 70,8 %) y 38 con seguimiento a los cinco años (tasa de respuesta 60,3 %). A 52 pacientes se les había realizado bypass gástrico, a 53 gastrectomía vertical y a un paciente SADI-S.

Al año de la intervención los pacientes tenían un IMC medio de 32,5 +/- 6,3 kg/m² con un porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) medio del 67,9 +/- 22,5 %. La calidad de vida media en el test MAQOL fue de 2,1 +/- 0,9 puntos y en el de BAROS de 6,0 +/- 1,9 puntos. El 79,4 % de los pacientes presentó un resultado muy bueno o excelente en el test de BAROS. Se apreció una correlación negativa débil entre el IMC al año de la intervención y la puntuación MAQOL (r= -0.289; p=0,017)

En el grupo de pacientes con seguimiento a cinco años el IMC medio fue de 33,4 +/- 6,0 kg/m², con una media de PSP de 58,8 +/-23,1 %. La puntuación media en los test MAQOL y BAROS fue de 1,7 +/- 1,2 puntos y 5,0 +/- 2,5 puntos respectivamente. El 60,5 % de los pacientes presentó un resultado muy bueno o excelente en el test de BAROS. No se pudo demostrar correlación entre el IMC a los cinco años y la puntuación en el test MAQOL (p=0,128).

Conclusión: Un alto porcentaje de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica presenta resultados de calidad de vida muy buenos o excelentes al año y a los cinco años de la intervención.

Aunque la pérdida ponderal influye en estos resultados, parece de gran interés conocer y estudiar otros factores que afectan a la calidad de vida percibida por los pacientes. Incluir la visión del paciente, mediante la implementación de herramientas PROMs, es fundamental en la valoración de los resultados tras la cirugía bariátrica.

P-028

Drenaje abdominal en cirugía bariátrica, ¿debe abandonarse? Comunicaciones médicas. Póster.

Bosch Ramírez, Marina; Diaz Lara, Carlos; Oller Navarro, Inmaculada; Díez Tabernilla, María; Quinto Llopis, Saray; López De Lerma Martínez De Carneros, Clara; Pérez Sánchez, Miguel Ángel; López Noguera, Julia; Lacueva Gómez, Francisco Javier; Arroyo, Antonio.
Hospital General Universitario.

26/05/2022 11:00 Pantalla 1

Objetivos: El empleo de drenajes abdominales tras gastrectomía vertical laparoscópica se ha justificado por su utilidad en el diagnóstico y tratamiento precoz de las fugas postoperatorias tras cirugía bariátrica. En los programas "ERAS" (Enhanced Recovery After Surgery) se busca mejorar la recuperación postoperatoria en términos de menor estancia hospitalaria, menor dolor, mayor movilización... El uso de drenajes abdominales es un tema controvertido actualmente, estando muchas veces su uso justificado dentro del hábito más que de la evidencia.

En la GVL, se sigue empleando de forma generalizada un drenaje postoperatorio en la mayoría de los grupos. En nuestro equipo su uso ha sido abandonado en base a la ausencia de beneficio encontrado en su uso rutinario.

El principal objetivo de este estudio fue determinar el efecto de los drenajes tras GVL en comparación con los pacientes que no lo llevaron.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo, de pacientes intervenidos de GVL en nuestra unidad durante el periodo analizado (2014-2018). Se comparó un grupo al que se le dejó drenaje abdominal tras la GVL con otro grupo al que no se le dejó drenaje postoperatorio. Se registró estancia hospitalaria, incidencia de fugas clínicas y radiológicas mediante TAC tóraco-abdomino-pélvico, complicaciones infecciosas en pared e intraabdominales, necesidad de reintervención y mortalidad. Se analizó la prevalencia de fuga en los dos grupos, y la utilidad de llevar drenaje abdominal en el momento del diagnóstico.

Resultados: Un total de 138 pacientes fueron incluidos en el estudio, la mayoría mujeres (68,1%). La media de edad fue 45 años (21-66) y el IMC medio 44,5kg/m² (33-60). Se registraron 75 pacientes en el grupo 1 (sí drenaje) y 63 pacientes en el grupo 2 (no drenaje).

No hubo ninguna defunción durante el estudio. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en la distribución del sexo, IMC o la edad.

Se describió un 4% de dehiscencia clínica en el grupo 1 y 4,7% en el grupo 2. Un 4% de dehiscencia radiológica en el grupo 1 y un 3% en el grupo 2; sin diferencias estadísticamente significativas en ambos casos, precisando exploración quirúrgica para su resolución en todos los casos.

Secundariamente, se observó infección de herida en un 4% en el grupo 1, y en un 1,5% en el grupo 2; hubo más reintervenciones en el grupo 2 (5,3% vs. 6,3%) ($p>0,05$); y complicaciones extraabdominales en un 1% y 4,7% respectivamente, siendo estadísticamente significativo ($p<0,05$).

Se registró sangrado en un 4% en el grupo 1 vs. 6,3% en el grupo 2, y abscesos intraabdominales en un 5,3% y 3%, respectivamente. La estancia media de ingreso fue de 4,04 días (2-35) en el grupo 1, y 2,89 días (1-35) en el grupo 2, todo ello no estadísticamente significativo.

Conclusiones: La colocación de drenajes intraabdominales en pacientes intervenidos de manera electiva de GVL no muestra beneficios en cuanto a disminución de tasas de fugas postoperatorias ni en el manejo de estas.

El uso de drenaje abdominal tras GVL se asocia a un aumento de la estancia hospitalaria.

O-063

Teleasistencia pre y postoperatoria como complemento de recuperación mejorada en cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Oral.

Baltar Boilève, Javier; Santos Benito, Fernando; Cortegoso, Jose Andres; Pardo, Maria; Crujeiras, Ana B; Seoane, Luisa M; Martis Sueiro, Aurelio; Peinó, Roberto; Bárcena, Maria; Bustamante, Manuel.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

26/05/2022 12:30 Sala A

Objetivos: en cirugía bariátrica los protocolos de recuperación mejorada ERAS se aplican con buenos resultados, por ello la estancia media postoperatoria ha disminuido en los últimos años (en nuestro centro en 2021: 2.4 días de media (min 1-mx 9)). Los recursos de salud conectada podrían mejorar la preparación e incrementar la seguridad postoperatoria de los pacientes.

Material y métodos: presentamos nuestra experiencia en la utilización de una plataforma segura de teleasistencia (TELEA) para la preparación y seguimiento postoperatorio inmediato. Esta permite a los pacientes introducir datos de su evolución clínica y comunicar con el equipo sanitario. En el diseño actual hay un cuestionario sobre la ingesta, sobre el dolor y sobre la actividad física. Es posible introducir determinaciones biológicas como la temperatura, frecuencia cardíaca, tensión, saturación de O₂, glucemias, peso, etc.

Los instrumentos de medición son aportados por los pacientes en función de sus posibilidades.

La formación para su uso se realiza en la consulta de cirugía o durante el ingreso, utilizamos un pequeño díptico para ello.

El seguimiento se realiza por enfermería y cirujanos y se contacta con los pacientes cuando se considera necesario.

Resultados: Usuario: La utilización de la plataforma es acogida de forma favorable y es considerada sencilla. Pocos pacientes utilizan la plataforma en pre-operatorio a pesar de que se indica que se empiece a usar al comenzar la dieta de semiayuno. En postoperatorio, los pacientes refieren una mayor sensación de seguridad gracias a este instrumento de seguimiento.

Aparatos: La disponibilidad de instrumentos de medida es muy variable, habitualmente se trata de aparatos de medida de tensión, frecuencia cardíaca, termómetro y báscula. Los pacientes con diabetes suelen disponer de glucómetros. En algunos casos, hemos prestado pulsí-oxímetros a pacientes que no disponían de ningún instrumento.

Profesional: La recogida de datos es muy variable, como era de esperar al no proporcionar instrumentos de medida estandarizados. Además, bastantes pacientes no utilizan el cuestionario por no encontrarlo fácilmente en la APP.

En postoperatorio su empleo nos ha permitido comprobar que la mayoría no tiene dificultades ni complicaciones, el dolor es moderado y pueden hacer actividad física. Las gráficas permiten comprobar la evolución inmediata de la pérdida de peso y el control de la glucemia en diabéticos. El teleseguimiento nos ha permitido identificar problemas de medicación, casos con mal control de dolor y complicaciones como vómitos persistentes o hemorragia.

Conclusiones: Telea es una plataforma útil para incrementar la calidad del tratamiento y la seguridad de los pacientes. Complementa perfectamente los avances conseguidos con los protocolos ERAS. Son necesarios instrumentos de salud conectada que vuelquen directamente la información al sistema para aumentar la calidad de los datos obtenidos. También es preciso asignar recursos humanos para el seguimiento. Esta nueva actividad asistencial debe ser evaluada por los gestores sanitarios para valorar su rentabilidad para el sistema.

V-039

Gastrectomía vertical en una paciente con hidatidosis hepática

Comunicaciones médicas. Vídeo.

Rojas, Gabriela; Morandeira, Antonio; Riquelme, Jerónimo; Muñoz De La Espada, Juan Bautista; Martínez, Anselmo; Cruz, Javier; Cuevas, Javier; Fernández-Menor, Elena; Madrid, Rafael; Moreno, Carlos.
Hospital General la Mancha Centro.

26/05/2022 09:00 Sala D

Objetivo: La posibilidad de combinar en el mismo acto quirúrgico la cirugía de la obesidad con otros procesos quirúrgicos sigue siendo un tema de debate, como sucede con relativa frecuencia con la coledocistitis o la patología de la pared abdominal. Presentamos el caso de una paciente candidata a cirugía bariátrica con hidatidosis hepática concomitante.

Material y métodos: Mujer de 44 años con antecedentes de dislipemia y SAHS en tratamiento con simvastatina y CPAP nocturna. Es valorada por el equipo multidisciplinar de cirugía bariátrica por obesidad mórbida con un IMC de 48 kg/m². En la gastroscopia se evidencia una hernia hiatal por deslizamiento de 2cm, siendo negativa la biopsia gástrica para helicobacter pylori. En la ecografía abdominal se apreció coledocistitis, sin dilatación de la vía biliar, con dos lesiones quísticas hepáticas heterogéneas. Se completó el estudio con una tomografía abdominal observándose tres lesiones quísticas parcialmente calcificadas sugestivas de quistes hidatídicos, dos de localización hepática, una en segmento II de 6x8 cm y otra en segmento V de 5x5 cm, y una tercera lesión de 3x3 cm a nivel del epiplón. La hemaglutinación de *Echinococcus granulosus* fue negativa.

Resultados: En la exploración laparoscópica se apreciaron intensas adherencias del quiste localizado en segmento II hepático al diafragma y a la cara anterior del estómago, que dificultaban la realización de la gastrectomía vertical. Tras la liberación de las adherencias se realizó resección hepática limitada con extirpación del quiste en segmento II. Posteriormente se llevó a cabo la gastrectomía vertical, con cinco cargas de endograpadora, sobre una sonda Foucher de 36Fr, con cierre anterior del hiato esofágico. A continuación, se resecó el quiste localizado en el epiplón y la vesícula biliar. Finalmente, se realizó quistoperiquistectomía de la lesión quística periférica en segmento V, con dos periodos de clampaje del hilio hepático de 10 y 8 minutos. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta en el tercer día postoperatorio. Un año tras la intervención, la paciente presenta un IMC 38 y un porcentaje de exceso de peso perdido del 46,4%. No precisa de tratamiento hipolipemiente ni de CPAP nocturna.

Conclusiones: La realización de procedimientos quirúrgicos mayores de forma concomitante con la cirugía bariátrica debe ser valorada de forma individual. La presencia de dificultades durante el procedimiento bariátrico y/o los hallazgos intraoperatorios pueden condicionar la decisión de llevar o no a cabo el procedimiento asociado en ese mismo acto quirúrgico. En otras ocasiones, puede ser necesaria su realización para completar el procedimiento bariátrico, como sucedió en nuestro caso con el quiste en el segmento II.

V-018

Síndrome de “candy cane” tras derivación biliopancreática de scopinaro

Comunicaciones médicas. Vídeo.

Marcos Santos, Pablo; Toledano Trincado, Miguel; Acebes García, Fernando; Bueno Cañones, Alejandro David; Velda Belanche, Sandra; Maestro De Castro, José Luis; Lizarralde Capelastegui, Andrea Carlota; Tejero Pintor, Francisco Javier; Blanco Álvarez, José Ignacio; Pacheco Sánchez, David.
Hospital Universitario del Río Hortega.

25/05/2022 15:30 Sala D

Objetivos: El dolor abdominal crónico en pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica constituye un reto a la hora de evaluar a estos pacientes, ya que puede relacionarse a varias etiologías (hernias internas, estenosis, causas funcionales, sobrecrecimiento bacteriano...). El síndrome del bastón de caramelo (“candy cane”) ha sido descrito como una complicación a nivel de la anastomosis gastroyeyunal del bypass gástrico.

Material y métodos:

Presentamos un vídeo de un paciente con antecedentes de derivación biliopancreática por obesidad mórbida hace 13 años, con dolor abdominal crónico posprandial en relación con síndrome del bastón de caramelo (“candy cane”).

Resultados:

Varón de 64 años con antecedentes quirúrgicos de derivación biliopancreática según Técnica de Scopinaro por obesidad mórbida en 2007 y miotomía de Heller asociada a funduplicatura de Dor por acalasia en 2020. Desde hace dos meses presenta dolor abdominal posprandial asociado a náuseas, vómitos y disminución del tránsito intestinal. El estudio ambulatorio con TC abdominal y el tránsito esofagogastroduodenal no mostraron alteraciones. Tras acudir el paciente a urgencias hospitalarias por nuevo episodio de dolor abdominal y vómitos, se decide ingreso para realización de cirugía revisional bariátrica bajo abordaje laparoscópico. Intraoperatoriamente, se visualizó una torsión a nivel de la anastomosis yeyuno-ileal, visualizando tras su devolvulación un muñón yeyunal alargado y dilatado que se procedió a resear mediante endograpadora. Se comprobó que no existían hernias internas y se extrajo la pieza quirúrgica a ampliando uno de los trócares de acceso. Tras la intervención quirúrgica el paciente evoluciona favorablemente, con reinicio de la tolerancia oral y el tránsito intestinal.

Conclusiones: El síndrome del “bastón de caramelo” (“candy cane”) ha sido descrito como complicación tardía del bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux. La mayor parte de la literatura describe este síndrome a nivel de la anastomosis gastroyeyunal, pero se ha descrito también su existencia a nivel de otras anastomosis intestinales tras procedimientos bariátricos. Presenta una sintomatología inespecífica, en la que destaca el dolor abdominal posprandial, la alternancia entre estreñimiento y diarreas, y la distensión abdominal. La predilección del tránsito hacia el asa ciega y los movimiento peristálticos para su vaciado se relacionan con el dolor abdominal, junto con el sobrecrecimiento bacteriano producido por su comportamiento como asa ciega. Debido a su sintomatología, se requiere un alto índice de sospecha, constituyendo el tránsito esofagogastroduodenal el método diagnóstico de elección. Sin embargo, muchos casos requerirán de una laparoscopia exploradora, siendo el tratamiento de elección la resección del asa por el riesgo de perforación y la sintomatología. Para prevenir la aparición de este síndrome se recomienda minimizar la longitud del asa y colocarla hacia el lado derecho para favorecer el vaciamiento por gravedad.

O-064

Resultados iniciales de morbimortalidad tras la implementación de un programa de cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Oral.

Eguaras Córdoba, Ines; Yárnoz Irazabal, Maria Concepción; Alduntzin, Olatz; Chaveli Diaz, Carlos; Pelegrin, Irene; Zugasti Murillo, Ana; Miranda Murua, Maria Del Coro.

Hospital Universitario de Navarra.

26/05/2022 12:30 Sala A

Objetivo: Análisis de los 100 primeros casos intervenidos en nuestra Unidad empleando los criterios de calidad de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad (SECO)

Material y método: Estudio observacional transversal en una muestra de 100 pacientes consecutivos que corresponden a los primeros cien casos tratados en nuestra unidad y registrados de manera prospectiva (mayo 2017 – noviembre 2021). De acuerdo a la normativa vigente en nuestra comunidad, todos los pacientes accedieron a que sus datos fueran registrados para estudio. Se han registrado variables demográficas (edad, sexo, peso, IMC y comorbilidad), quirúrgicas (tipo de intervención, conversión a cirugía abierta, morbilidad, tasa de reintervención, mortalidad, resultados de pérdida ponderal.

Las variables cuantitativas discretas se han expresado con la media y la desviación estándar si se ajustaban a una distribución normal o con la mediana y la amplitud intercuartil (AI). Las variables cualitativas se han expresado en frecuencias. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS.

Resultados: 65 mujeres, la mediana de edad es de 51 años (AI 16). Se realizaron 88 procedimientos primarios, 10 cirugías en dos tiempos (pacientes con IMC mayor de 50, gastrectomía vertical y después SADI completado en 6) y 2 cirugías de revisión. La mediana de IMC preoperatorio fue 43 (AI 8), siendo el IMC máximo 79.

Entre las comorbilidades, 47 pacientes presentaban una DM (14 en tratamiento con insulina, 26 con ADO y 7 sin tratamiento médico), 56 pacientes HTA, 52 pacientes dislipemia, 8 pacientes eran cardiopatas y 62 pacientes tenían SAHOS.

Según el tipo de cirugía realizada: 81 By-pass gástricos, 18 Gastrectomías verticales (10 como primer tiempo en pacientes con IMC >50, completado el SADI en 6) y 1 SADI como primer procedimiento. La tasa de conversión fue del 0 %. La tasa de mortalidad 0 %.

En cuanto a la morbilidad, 22 pacientes han presentado complicaciones postoperatorias, de estos 12 Clavien-Dindo grado I-II y 10 grado IIIA-IVB (Complicaciones graves). La estancia postoperatoria fue de media 4 días para los no complicados, 5 días para aquellos con complicaciones menores y 9 días para las complicaciones mayores.

Dentro de las complicaciones graves, 3 fueron perforaciones intestinales, 2 obstrucciones intestinales, 2 hemorragias digestivas a nivel de la anastomosis gastroyeyunal, 1 hemorragia intraabdominal y 2 colecciones intraabdominales que precisaron desbridamiento quirúrgico.

En el seguimiento al año postoperatorio, hemos evaluado la pérdida ponderal de 82 pacientes. La mediana de porcentaje del exceso del IMC perdido es 71% (AI: 22).

Conclusiones: Presentamos los resultados iniciales tras la implementación de un programa de cirugía bariátrica en un centro de tercer nivel. Entre los resultados obtenidos, objetivamos que la tasa de complicaciones (morbimortalidad) se ajustan a los criterios de calidad publicados por la SECO. Si bien, 7 complicaciones graves, se dieron en los 50 primeros casos.

Si evaluamos los resultados de pérdida ponderal al año de la cirugía, la mediana del porcentaje del exceso del IMC perdido, es superior al 50% (71%), cumpliendo los indicadores de calidad publicados por la SECO

O-042

Estudio de la calidad de vida en una serie inicial de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Oral.

Yárnoz, Concepción; Eguaras, Inés; Pelegrin, Irene; Chaveli, Carlos; Miranda, Coro; Alduntzin, Olatz; Marí, Amelia.
Hospital Universitario de Navarra.

26/05/2022 09:00 Sala A

Objetivo: Estudio del impacto de la cirugía bariátrica en la calidad de vida (CV) en los primeros 100 casos intervenidos de cirugía bariátrica en nuestra Unidad.

Se analiza también la influencia de la presencia de complicaciones o la pérdida ponderal insuficiente en la CV postoperatoria.

Material y método: Estudio observacional transversal en una muestra de 100 pacientes consecutivos y registrados de manera prospectiva (mayo 2017 – noviembre 2021). Conforme a la normativa vigente en nuestra comunidad, todos los pacientes accedieron a que sus datos fueran utilizados para estudio.

Se han consignado variables demográficas (edad, sexo, peso, IMC y comorbilidad), quirúrgicas (tipo de intervención, conversión a cirugía abierta, morbilidad atendiendo a la clasificación de Clavien-Dindo, tasa y causa de reintervención, mortalidad), resultados ponderales postoperatorios al año (Porcentaje de exceso de IMC perdido al año).

Se realizó un estudio de CV preoperatoria y al año de la intervención mediante el cuestionario SF-36 v2. Se ha realizado una comparación entre los resultados de este cuestionario pre y postoperatorio. También se ha realizado una comparación entre los resultados de calidad de vida postoperatoria y la presencia de complicaciones mayores o de manera global y la pérdida ponderal insuficiente definida por una pérdida del menor del 50 %

Resultados: 65 Mujeres. Mediana de edad: 51 años (AI 16). 88 procedimientos primarios, 10 cirugías en dos tiempos y 2 cirugías de revisión. Mediana de IMC preoperatorio 43 (AI 8). IMC máximo 79

Comorbilidad: DM 47 pacientes. HTA 56. Dislipemia 52 pacientes. 8 pacientes cardiopatas. SAHOS 62.

Mortalidad de la serie 0 %. Morbilidad 22 % (12 % Clavien-Dindo I-II, 10 % Clavien-Dindo). % porcentaje del exceso del IMC perdido > 50 %

Seguimiento de un año o mayor 82 %, cuestionarios SF-36 postoperatorios 59%.

En la comparación pre-postoperatoria se mejoraron todas las puntuaciones de las dimensiones del cuestionario de manera significativa (tabla con medianas).

	Preoperatorio	Postoperatorio	p
<i>Rol físico</i>	55	95	P < 0.05
<i>Función física</i>	62,5	93,7	P < 0.05
<i>Dolor corporal</i>	32	63	P < 0.05
<i>Salud general</i>	45	77	P < 0.05
<i>Vitalidad</i>	55,5	77,7	P < 0.05
<i>Función social</i>	75	100	P < 0.05
<i>Rol emocional</i>	91,6	100	P < 0.05
<i>Salud mental</i>	77,2	77,2	P < 0.05

En el análisis de los cuestionarios postoperatorios, no hemos encontrado diferencias significativas en la calidad de vida en los pacientes que presentaron algún tipo de complicación o complicaciones mayores. Debido al escaso número de pacientes con pérdida ponderal insuficiente no se ha podido analizar su impacto en la calidad de vida postoperatoria.

Conclusiones: Nuestros resultados en términos de morbimortalidad se ajustan a los criterios de calidad de la SECO

La Cirugía Bariátrica ha impactado de manera positiva en la calidad de vida de los pacientes intervenidos en nuestra unidad.

No hemos encontrado diferencias en la calidad de vida postoperatoria en los pacientes que presentaron algún tipo de complicación en el postoperatorio inmediato frente a los no complicados.

V-040

Cirugía bariátrica en paciente con cirrosis Comunicaciones médicas. Vídeo.

Pérez Domene, María Teresa; García Muñoz Najar, Alejandro; Ferrigni Gonzalez, Carlos; Castellón Pavón, Camilo José; Torres Aleman, Ana; Durán Poveda, Manuel. Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

26/05/2022 09:00 Sala D

Introducción: La asociación de obesidad con hepatopatía crónica tanto alcohólica como no alcohólica está en aumento en la actualidad, asociado a una mala calidad de vida.

El tratamiento de la obesidad se basa en unas medidas higiénico-dietéticas, estando indicado tratamiento farmacológico en algunas situaciones. En el caso de obesidad de larga evolución y fracaso de tratamiento durante al menos 6 meses, si cumple criterios, se puede plantear la Cirugía Bariátrica.

Material y métodos: Presentamos un vídeo de la cirugía a un paciente con cirrosis hepática por hepatopatía alcohólica, en abstinencia alcohólica durante 2 años, al que se le realizó una gastrectomía vertical.

CASO CLÍNICO. Paciente de 49 años obesidad grado III con un IMC de 45, de 8 años de evolución como antecedentes personales de interés diabetes mellitus, síndrome de apnea obstructiva del sueño y hepatopatía crónica. El grado de hepatopatía crónica con fibrosis avanzada compensada, CHILD A y MELD score 8.

Tras fracaso de tratamiento conservador de pérdida de peso durante más de 6 meses se inicia valoración preoperatoria de Cirugía Bariátrica. Se realiza una valoración ponderal, psiquiátrica, neumológica, cardiológica y digestiva considerándose paciente apto para la cirugía. A la hora de decidir la técnica quirúrgica más adecuada, siendo un paciente con hepatopatía crónica con fibrosis avanzada compensada, se decide técnica de gastrectomía vertical. Se realizó sin incidencias y fue dado de alta al día siguiente.

Discusión: Según los estudios, la realización de una cirugía bariátrica en un paciente con hepatopatía crónica se considera factible. Sin embargo, una cirugía intraabdominal en un paciente con estos antecedentes aumenta la morbilidad, estancia postoperatoria, costes sanitarios y mortalidad.

Este riesgo se ve directamente relacionado con el grado de disfunción hepática. Los pacientes con un CHILD A presentan un riesgo de 10% de mortalidad, aumentando a un 30% CHILD B y llegando a un 76% CHILD C. Nuestro paciente presentaba un CHILD A con buen pronóstico, siendo importante una buena optimización preoperatoria.

En estos casos, a la hora de elegir la técnica quirúrgica la más adecuada es la gastrectomía vertical. Debido a diferentes causas: actualmente, es la técnica más realizada por lo que es la de preferencia de los pacientes. Además, este tipo de cirugía mantiene la facilidad de acceso endoscópico a las varices gástricas y a la vía biliar. Cuando un paciente con estas comorbilidades se les aplica técnicas malabsortivas o mixtas, tienen mayor riesgo de descompensación hepática. Si reciben una gastrectomía vertical, y Posteriormente, precisan un trasplante hepático la técnica quirúrgica se realiza con menos dificultades. También, el buen estado postoperatorio tras este tipo de cirugía bariátrica permite altas precoces.

Conclusión: Los pacientes con hepatopatía crónica presentan en un alto porcentaje obesidad, por lo que en el caso de que precisen cirugía bariátrica, es importante un buen estado preoperatorio, siendo la gastrectomía vertical la técnica quirúrgica más indicada. Una cirugía segura para este tipo de pacientes, y, además, permite su inclusión en los protocolos FAST TRACK.

P-058

Obstrucción intestinal tras bypass gástrico Comunicaciones médicas. Póster.

Martínez Negro, Ester; Acedo Fernández De Pedro, Felipe; Cuartero Desviat, Beatriz; Rodríguez Marín, Daniela; Abón Arrojo, Rodrigo; Alvarez Antolinez, Mariano; Lasala Gausa, Manuel; Linacero Martín, Santiago; Martínez Cortijo, Sagrario.

Fundación Hospital Alcorcón.

26/05/2022 18:00 Pantalla 3

Introducción: Se presenta el caso de un paciente intervenido de By pass gástrico con dificultad técnica durante la intervención, que presenta obstrucción intestinal por estenosis en la anastomosis gastroyeyunal en el postoperatorio con necesidad de reintervención.

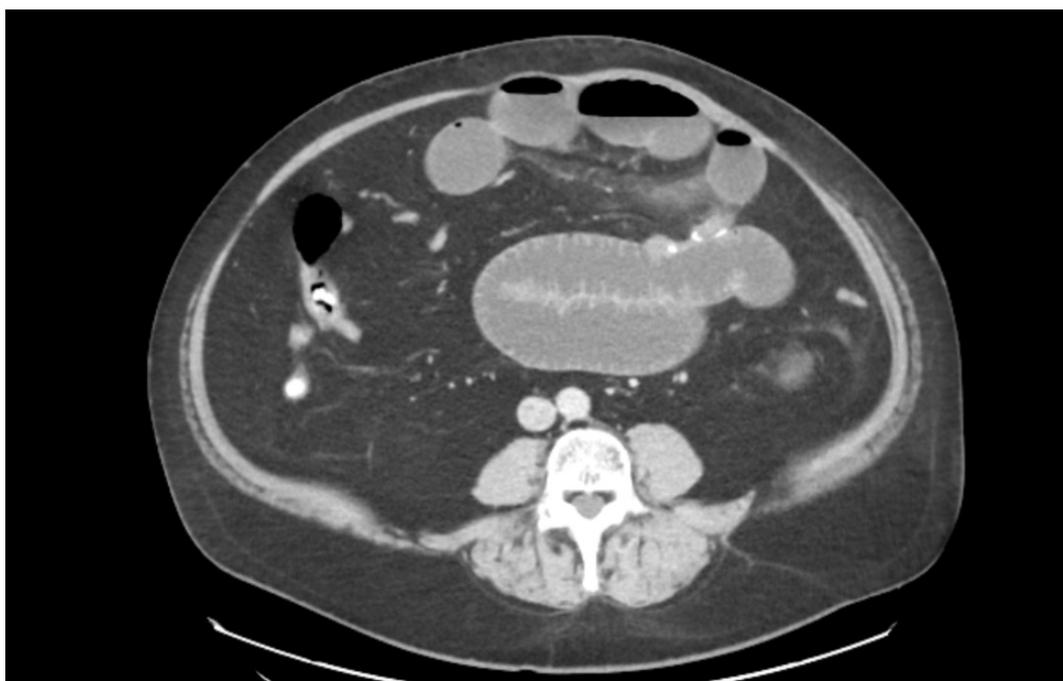
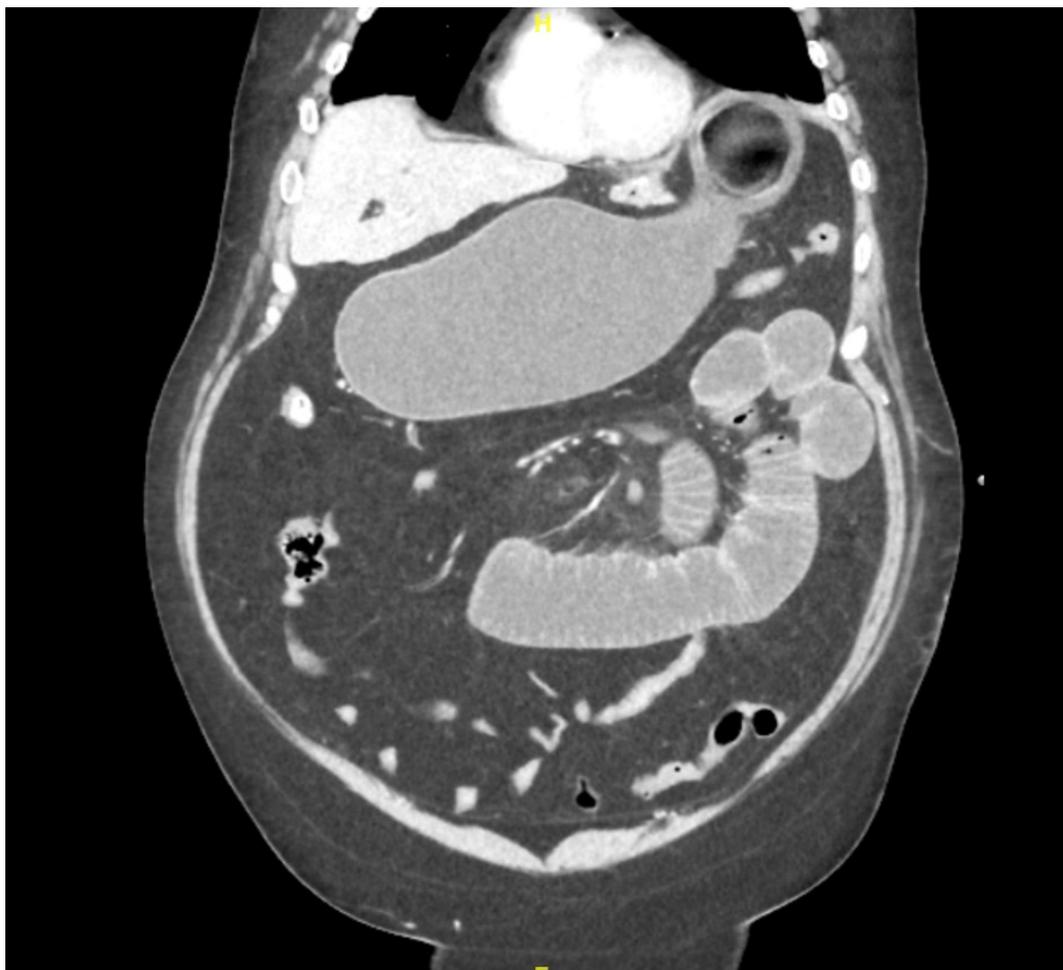
Presentación del caso: Paciente de 58 años con AP de Ca papilar de tiroides T3N1b, HTA, DM, SAOS con Obesidad grado II con un IMC de 40.3 (peso 132, talla 181). Es intervenido el día 04/02 encontrando labilidad importante de los tejidos, más acusada en intestino delgado, lo que condiciona apertura incidental en varios puntos (3). Se realiza By pass gástrico con anastomosis gastroyeyunal y pie de asa a 160 cm con endoGIA utilizando una de las perforaciones incidentales y reforzando con sutura continua. En la revisión del pie de asa se evidencia otro orificio en intestino delgado cercano a la anastomosis yeyuno-yeyunal, por lo que se decide realizar mínima laparotomía transversa sobre flanco izq y comprobar estanqueidad de las zonas suturadas.

EL 1ºDPO se administra azul de metileno sin evidenciar fuga. El paciente presenta desaturación asociada a distermia y dolor abdominal. AS PCR 82. Se pauta Piperacilina /Tazobactam y se decide actitud expectante. El 2ºDPO presenta síncope vasovagal y vómito bilioso. AS PCR 141.82 aunque exploración abdominal anodina. El 3º DPO el paciente persiste con vómitos, así como dolor abdominal y distensión por lo que se solicita TAC abd: Los hallazgos son compatibles con obstrucción intestinal aguda: dilatación retrógrada del asa alimenticia y del asa bilio-pancreática (dilatación del remanente gástrico), con cambio de calibre brusco a nivel de la anastomosis. Las asas de intestino delgado se encuentran colapsadas, así como todo el marco cólico.

Se decide intervención quirúrgica urgente evidenciando gran dilatación de asa digestiva y biliar desde el pie de asa con obstrucción completa de la anastomosis bilioentérica. Se realiza sección del asa digestiva proximal y distal a la anastomosis comprendiendo todas las zonas de perforaciones previas. Se realiza sección del asa biliar y se reconstruye nuevamente el tránsito con anastomosis laterolateral en el asa digestiva (a 105 cms del estómago) y se realiza nuevo pie de asa a unos 180 cm.

Presenta buena evolución en el postoperatorio presentando infección de herida con hematoma retenido que precisa curas diarias. Alta al 16 DPO.

Conclusiones: Las complicaciones derivadas de la cirugía bariátrica tales como la obstrucción intestinal pueden tener consecuencias fatales para el paciente si no son diagnosticadas a tiempo. Por ello, debemos estar alerta ante los datos clínicos y analíticos que nos hagan sospecharlas, y ante la duda actuar como si el paciente presentase una complicación quirúrgica hasta que demostremos lo contrario.



O-003

Estenosis de la anastomosis gastroyeyunal post bypass gástrico laparoscópico. A propósito de un caso Comunicaciones médicas. Oral.

Barbero Valenzuela, Alejandro; Martínez De Paz, Fernando; Menchén Trujillo, Bruno Juan; Gil Rendo, Aurora; Martínez Pinedo, Carlos; Sánchez Peláez, Daniel; Jiménez Higuera, Elisa; Fernández Camuñas, Ángel; Ruiz García, Pablo; Martín Fernández, Jesús.
Hospital General.

25/05/2022 12:30 Sala A

Objetivo

La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal tras bypass gástrico laparoscópico es la complicación más frecuente en los pacientes intervenidos por cirugía bariátrica. Su incidencia llega a alcanzar el 15% en algunas de las series reportadas. La mayoría de los pacientes presentan sintomatología obstructiva alta tales como náuseas, vómitos, disfagia y sialorrea. Algunas de las causas más frecuentes son la realización de una anastomosis excesivamente estrecha, edematización de la misma, retracción cicatricial e isquemia de la sutura.

Material y métodos: Paciente mujer de 55 años, sometida a intervención de cirugía bariátrica mediante bypass gástrico laparoscópico, que comienza con epigastralgia entre la sexta y octava semana postoperatoria. A esto, se le sumaron la plenitud postprandial, náuseas y episodios de vómitos alimentarios. Esta sintomatología coincide con el cambio de dieta líquida y blanda a alimentos sólidos. Pese a las recomendaciones higiénico dietéticas, como el fraccionamiento de la ingesta, la correcta masticación y la toma de inhibidores de la bomba de protones (IBPs), persisten las complicaciones en las sucesivas revisiones.

Resultados: Dados estos hallazgos clínicos, se decide realizar estudio mediante endoscopia digestiva alta y tránsito baritado. En la primera, se visualiza la anastomosis gastroyeyunal lateroterminal con buen aspecto, calibre algo reducido pero franqueable con el endoscopio estándar (9,8mm). Sin embargo, la segunda muestra unafilamiento y retención del contraste a nivel de la anastomosis. Ante la confirmación radiológica del diagnóstico de sospecha de estenosis anastomótica, se procede a dilatación endoscópica con balón del tipo TTS (through the scope) hasta los 15mm. Tras dos sesiones, la paciente presenta mejoría franca de su sintomatología, con buena evolución en los siguientes controles.

Conclusiones: La dilatación endoscópica con balón es el tratamiento de elección en las estenosis de anastomosis gastroyeyunal refractarias a las medidas higiénico dietéticas y el tratamiento médico con IBPs. Ante el fracaso del mismo, se puede optar por la sección de la anastomosis con bisturí endoscópico. La cirugía ha de reservarse para casos de refractariedad al tratamiento endoscópico y consistiría en la realización de una nueva anastomosis gastroyeyunal, asociando un riesgo nada desdeñable de complicaciones.

O-043

Integración del programa de cirugía bariátrica en el sistema de gestión de calidad, desarrollo de objetivos: de calidad

Comunicaciones médicas. Oral.

Morandeira Rivas, Antonio; Riquelme Gaona, Jeronimo; Rojas De La Serna, Gabriela; Herraez Carrera, Oscar; Muñoz De La Espada Merlo Córdoba, Juan Bautista; Del Val Zaballos, Florentino; Martínez Blázquez, Anselmo; Sánchez Carpintero, Alfonso; Anciano Campo, Pedro; Moreno Sanz, Carlos.

Hospital General la Mancha Centro.

26/05/2022 09:00 Sala A

Introducción:

Debido a su carácter multidisciplinar y a la constante participación del paciente, los programas de cirugía bariátrica son procesos complejos que requieren una gran coordinación entre servicios y una cuidada información y seguimiento del paciente. Esto hace que sea de gran interés su integración dentro de los sistemas de mejora continua y gestión de la calidad. Este modelo de organización y trabajo implica medir la actividad y el grado de calidad de la atención con el desarrollo de indicadores. Estos permiten la detección de áreas de mejora y el seguimiento de la eficacia de las medidas aplicadas y favorece la colaboración entre diferentes servicios poniendo al paciente como el centro del sistema.

Material y métodos:

La Unidad de Cirugía Bariátrica de nuestro centro consiguió la certificación de calidad ISO 9001 en diciembre de 2018. En este programa se identificaron tres procesos interrelacionados: proceso preoperatorio, perioperatorio y seguimiento. Desde su implantación, las herramientas de mejora continua (auditorias, análisis de riesgos y análisis de indicadores) han permitido detectar varias acciones de mejora.

Como objetivo para la mejora se estableció conseguir la disminución del número de pacientes fumadores que llegan a la intervención sin haber abandonado el hábito tabáquico, ya que se ha observado que los resultados del programa de cirugía bariátrica son mejores en estos pacientes y además incrementa el compromiso de los pacientes con los requisitos del programa. Para ello se establecieron acciones coordinadas entre los servicios participantes en el programa de cirugía bariátrica y la unidad de tabaquismo.

Se estudiaron dos grupos de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, uno previo a la puesta en marcha de las acciones planificadas (A) y otro Pósterior (B). Se analizaron las características basales y el porcentaje de pacientes que siendo fumadores, cuando entraron en el programa de cirugía bariátrica, abandonaban este hábito antes de la intervención.

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes, 36 en el grupo A y 32 en el B. Los grupos eran comparables en género, edad e IMC inicial. En el grupo A, al inicio del programa, cinco pacientes (14 %) eran fumadores activos y todos ellos continuaban fumando en el momento de la intervención. En el grupo B, ocho pacientes (25 %) fumaban al inicio del programa, abandonando cinco de ellos (62,5 %) el hábito tabáquico antes de la intervención. El análisis de Chi cuadrado muestra diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.024$) entre los resultados obtenidos previo a la implantación del programa respecto a Pósteriori.

Conclusiones: La implantación de modelos de gestión de la calidad favorece la toma de acciones correctivas, pero también es una herramienta potente que sistematiza el desarrollo de **Objetivos:** de calidad y permite la ruptura de barreras departamentales, lo que redundará en una mejor atención al paciente.

P-009

Pérdida de peso a corto plazo tras cirugía bariátrica: derivación biliopancreática vs. Gastrectomía vertical Comunicaciones médicas. Póster.

Bueno Cañones, Alejandro David; Bailón Cuadrado, Martín; Pacheco Sánchez, David; Pinto Fuentes, Pilar; Tejero Pintor, Francisco Javier; Acebes García, Fernando; Marcos Santos, Pablo; Veleza Belanche, Sandra; Maestro De Castro, Jose Luis; Lizarralde Capelastegui, Andrea Carlota.
Hospital Universitario del Río Hortega.

25/05/2022 18:00 Pantalla 2

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

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

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

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

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

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

P-029

¿Existen diferencias en cuanto a la pérdida de peso a corto plazo tras gastrectomía vertical robótica o laparoscópica? Comunicaciones médicas. Póster.

Bueno Cañones, Alejandro David; Bailón Cuadrado, Martín; Pacheco Sánchez, David; Pinto Fuentes, Pilar; Tejero Pintor, Francisco Javier; Acebes García, Fernando; Marcos Santos, Pablo; Veleda Belanche, Sandra; Lizarralde Capelastegui, Andrea Carlota; Maestro De Castro, Jose Luis.
Hospital Universitario del Río Hortega.

26/05/2022 11:00 Pantalla 1

Introducción: La obesidad supone actualmente una enfermedad con una prevalencia en aumento a nivel mundial. La gastrectomía vertical (GV) se ha convertido en una técnica ampliamente empleada por los equipos de cirugía bariátrica, debido a la baja morbilidad y a la adecuada pérdida de peso de los pacientes. El abordaje robótico añade a la técnica una disminución de las complicaciones comparándose con el abordaje laparoscópico.

Objetivos: Comparar las variables antropométricas preoperatorias (peso e índice de masa corporal (IMC) inicial), el porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) y el porcentaje de exceso de IMC perdido (%EIMCP) al año de la intervención de los pacientes intervenidos mediante gastrectomía vertical robótica o laparoscópica.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo, analizando el peso y el IMC de los pacientes en los que se llevó a cabo la gastrectomía vertical robótica y laparoscópica. Los datos fueron recogidos en un periodo comprendido entre 2015 y 2020. Se compararon los resultados objetivos en términos de porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) y porcentaje de exceso de índice de masa corporal perdido (%EIMCP) durante el primer año posoperatorio.

Resultados: Ciento nueve pacientes fueron analizados. El abordaje robótico se empleó en sesenta y un pacientes, y el abordaje laparoscópico en cuarenta y ocho pacientes. El grupo intervenido mediante cirugía robótica presentó un mayor IMC inicial (47,94 kg/m² vs 45,02 Kg/m², p=0.026) y un mayor peso inicial (131,32 kg vs 119,74, p=0.011), que los pacientes intervenidos mediante cirugía laparoscópica. Sin embargo, el %EPP (69.01% vs 71.87%, p=0.469) y el % EIMCP (67.89% vs 71.97%, p=0.321), al año de la intervención fue similar en ambos grupos.

Conclusión: En nuestra serie, los pacientes intervenidos mediante abordaje robótico presentaron mayor peso e IMC inicial. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre el abordaje robótico y laparoscópico, en términos de %EPP y %EIMCP.

VARIABLES RELEVANTES - GVR* v.s GVL**			
IMC inicial	GVR	47.94 Kg/m ²	p = 0.026
	GVL	45. 02 Kg/m ²	
Peso inicial	GVR	131.32 Kg	p = 0.011
	GVL	119.74 Kg	
Peso a 12 meses	GVR	89.19 Kg	p = 0.043
	GVL	81. 76 Kg	
IMC a 12 meses	GVR	32. 61 Kg/m ²	p = 0.083
	GVL	30. 68 Kg/m ²	
%EPP	GVR	69. 01%	p = 0.469
	GVL	71. 87%	
%EIMCP	GVR	67.89%	p = 0.321
	GVL	71.97%	

*GVR: gastrectomía vertical robótica. **GVL: gastrectomía vertical laparoscópica.

V-041

Tratamiento quirúrgico de la complicación aguda de la úlcera de boca anastomótica tras bypass gástrico Comunicaciones médicas. Vídeo.

Arranz Jimenez, Raquel; Juez Saez, Luz Divina; Vaello Jodra, Victor; Cuadrado Ayuso, Marta; Priego Jiménez, Pablo; Sanchez Picot, Silvia; Gil Yonte, Pablo; Blazquez Hernando, Luis Alberto; Galindo Álvarez, Julio.
Hospital Ramón y Cajal.

26/05/2022 09:00 Sala D

Introducción: La perforación aguda de la úlcera anastomótica es una complicación tardía pero potencialmente grave del *bypass* gástrico (BPG), con una incidencia del 0,4-0,8%. Los factores de riesgo más comúnmente asociados son el tabaquismo, la infección por *Helicobacter pylori* o el uso de antiinflamatorios no esteroideos. Un índice de sospecha alto es mandatorio para un adecuado manejo diagnóstico-terapéutico de esta patología.

Presentación del caso: Varón de 52 años con antecedentes de EPOC con oxígeno domiciliario, SAOS con CPAP nocturna, FA anticoagulada, portador de marcapasos, bebedor y fumador activo. Intervenido de BPG en 2017. La panendoscopia oral de revisión en enero de 2021 muestra una úlcera de boca anastomótica por lo que se pauta IBP a doble dosis y se realiza nuevo control que presenta una úlcera en proceso de cicatrización.

Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de 2 días de evolución tras abundante ingesta de alcohol, con una exploración física con signos de irritación peritoneal e inestabilidad hemodinámica. Análiticamente presenta aumento de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de shock séptico de origen abdominal se solicita una TC abdominal urgente que objetiva neumoperitoneo y líquido libre intraabdominal compatibles con perforación en la anastomosis gastroyeyunal (GY). Tras una estabilización inicial por parte del Servicio de Medicina Intensiva se indica intervención quirúrgica urgente por vía laparoscópica. Se objetiva una úlcera de la anastomosis con perforación en cara Pósterior y peritonitis difusa. Se realiza resección de anastomosis previa y nueva anastomosis GY comprobándose estanqueidad mediante el test de fuga con azul de metileno. Se realiza EGD al séptimo día postoperatorio sin evidencia de fuga y con tránsito adecuado. Se da de alta tras concluir antibioterapia de amplio espectro, con adecuada tolerancia oral y con mejoría de la función pulmonar.

Conclusiones: La perforación de la úlcera de boca anastomótica se presenta como un cuadro séptico grave en pacientes intervenidos de BPG y requiere un alto índice de sospecha independientemente del tiempo transcurrido desde la cirugía inicial. Se debe tener en cuenta en la presentación del cuadro séptico que los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica presentan una clínica menos florida. Las pruebas complementarias, principalmente una TC abdominal con contraste oral, permiten indicar el tratamiento quirúrgico precoz. Es necesario estabilizar al paciente mediante una reanimación intensiva de cara al tratamiento quirúrgico definitivo. El abordaje quirúrgico urgente se realiza preferentemente por laparoscopia y, dependiendo de la situación clínica y hemodinámica del paciente, se realizará cirugía de control de daños con lavado peritoneal y colocación de drenaje abdominal, sutura primaria sobre la perforación o resección de la anastomosis previa y realización de una nueva anastomosis. En el seguimiento Pósterior de los pacientes es necesario corregir los potenciales factores de riesgo y realizar un seguimiento con control radiológico y endoscópico de la úlcera de boca anastomótica.

P-059

Impacto de la pandemia en el IMC de los pacientes y el tipo de cirugía bariátrica empleada Comunicaciones Médicas. Póster.

Rodríguez Haro, Carmen; Núñez O'sullivan, Sara; García Virosta, Mariana; Hernández O'reilly, María; Mellado Sánchez, Inmaculada; Ferrero Celemín, Esther; Sánchez-Cabezudo Noguera, Fátima; Sánchez López, Daniel; Gil López, José María; Picardo Nieto, Antonio Luis.
Hospital Infanta Sofia.

26/05/2022 18:00 Pantalla 3

Introducción: Durante el 2020 la pandemia por covid-19 obligó a modificar el estilo de vida de la mayoría de la población. Estos cambios en el ámbito laboral, dietéticos, la reducción de la actividad física y la probable ansiedad derivada de esta situación, nos llevarían a pensar que las personas con obesidad han podido incrementar su peso durante este periodo. A esto se suma el retraso en la cirugía bariátrica, prácticamente paralizada en nuestro centro en 2020, y el menor seguimiento en las consultas médicas.

El propósito de este estudio es analizar si los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica después de la pandemia presentan unos índices de obesidad mayores y analizar el tipo de técnica quirúrgica escogida en cada periodo.

Material y métodos: Se recoge el peso, el IMC y la técnica quirúrgica empleada de todos los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en 2019 y 2021. En caso de que los pacientes hayan sido sometidos a una dieta hipocalórica antes de la cirugía se recoge el peso y el IMC de antes de comenzar la dieta.

Resultados: En 2019 se sometieron en nuestro centro a cirugía bariátrica un total de 85 pacientes: 70 a un bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) (82,35%), 13 a un Sleeve (15,29%) y 2 a un SADIS (2,3%). Del total de intervenciones 2 de ellas (2,3%) fueron una cirugía de revisión, en los dos casos reconversión de Sleeve a BGYR.

En cuanto a 2021, hubo un total de 60 cirugías bariátricas en nuestro centro: 57 fueron un BGYR (95%) y 2 SADIS (3%). De todas las cirugías, 9 fueron de cirugía de revisión (13,3%): 7 de ellas reconversión de Sleeve a BGYR, 1 de ellas de Sleeve a SADIS y otra elongación del asa alimentaria en un paciente con un BGYR y desnutrición.

En cuanto al peso de los pacientes, la mediana del IMC de los pacientes intervenidos en 2019 fue de 42,8 kg/m², superior a la de 2021 que fue de 40,3 kg/m², siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p<0.0001).

Conclusiones: Al contrario de lo que esperábamos encontrar, el IMC de los pacientes intervenidos en 2021 ha sido inferior a los de 2019, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Por lo tanto, podemos decir que la pandemia no ha tenido un impacto negativo en el peso de los pacientes pendientes de cirugía bariátrica, coincidiendo con los resultados del estudio publicado por Sánchez-Cabezudo *et al* "Influencia del confinamiento debido a la pandemia covid-19 en los pacientes en espera de cirugía bariátrica".

En cuanto al tipo de cirugía, la pandemia no influyó en el tipo de técnica elegida, seguimos la tendencia marcada por años anteriores. Por un lado, hay una clara tendencia en nuestro centro a emplear más BGYR (un 95% en 2021) y menos el Sleeve (ninguno realizado en 2021). Por otro lado, las cirugías de revisión en nuestro centro aumentaron notablemente, fueron un 13,3% en 2021 frente al 2,3% en 2019; como marca también la tendencia general en el resto de centros de cirugía bariátrica.

P-030

Bypass gástrico en y de roux robótico: mejores resultados que la laparoscopia tanto para principiantes como veteranos.

Comunicaciones médicas. Póster.

Anderson, Edward Joseph; López Useros, Antonio; Gutiérrez Fernández, Gonzalo; García Somacarrera, Elena; García Cardo, Juan; Lagunas Caballero, Esther; Caíña Ruíz, Rubén; Valbuena Jabares, Victor; Alonso Aguiloche, Andrea; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

26/05/2022 11:00 Pantalla 2

Objetivos: La cirugía bariátrica por robot está experimentando un crecimiento exponencial. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados del bypass gástrico robótico frente a la cirugía laparoscópica.

Materiales y Métodos: Un análisis retrospectivo de datos prospectivos de los bypass gástricos en Y de Roux robóticos (BGYR-R) y laparoscópicos (BGYR-L) realizados entre septiembre de 2015 y diciembre de 2020. Los dos abordajes difirieron en cuanto a la localización de los trócares y la anastomosis gastroyeyunal. Se recogieron datos de las características de los pacientes, resultados y complicaciones de cada intervención. Además, se compararon los resultados entre dos cirujanos, uno experimentado en la cirugía laparoscópica y otro principiante.

Resultados: En total se realizaron 114 (BGYR-L) y 66 (BGYR-R) primarios. La intervención asistida por robot tuvo menos complicaciones (1,5% vs 12,3%; $p = 0,012$), menos reintervenciones precoces (1,5% vs 5,3%) y menor estancia hospitalaria (2,1 días \pm 0,3 vs 3 días \pm 4,6). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el cirujano laparoscópico experimentado (B) y el principiante (A), salvo en el tiempo de intervención (laparoscópico= 134 minutos \pm 48 vs 115,5 minutos \pm 33,5; $p = 0,029$. Robótico = 205,1 minutos \pm 36,9 vs 140 minutos \pm 42,8; $p = 0,000$).

Conclusiones: En nuestra experiencia, el BGYR-R se ha mostrado seguro y eficiente, con menor tasa de complicaciones que el abordaje puramente laparoscópico. El BGYR-R es más fácil de aprender y parece más seguro en centros con menos experiencia. Con la experiencia se disminuye el tiempo quirúrgico independientemente del abordaje elegido. Se requieren más estudios con mayor nivel de evidencia para comprobar nuestros resultados:

P-060

Curva de aprendizaje en el bypass gástrico en Y de Roux: robot versus laparoscopia Comunicaciones médicas. Póster.

Anderson, Edward Joseph; López Useros, Antonio; García Somacarrera, Elena; Gutiérrez Fernández, Gonzalo; García Cardo, Juan; Lagunas Caballero, Esther; Valbuena Jabares, Victor; Caíña Ruíz, Rubén; García Rueda, Carmen; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

26/05/2022 18:00 Pantalla 3

Objetivos: El bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) robótico es un procedimiento cada vez más frecuente a nivel mundial. El objetivo de este estudio es evaluar la curva de aprendizaje mediante el método de sumas acumuladas (CUSUM) de esta modalidad frente a la cirugía laparoscópica.

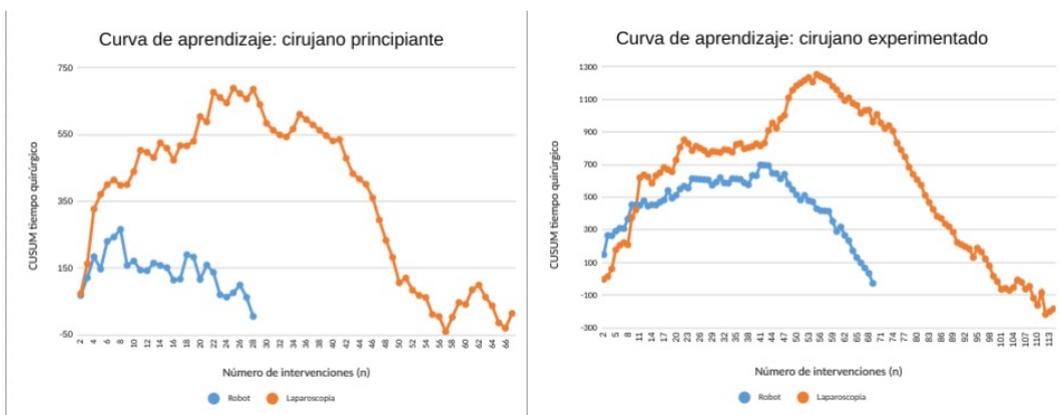
Material y métodos: Un análisis retrospectivo de datos prospectivos para BGYR robóticos y laparoscópicos entre septiembre de 2015 y diciembre de 2020. Los dos abordajes difieren en cuanto a la localización de los trócares y la anastomosis gastroyeyunal. Se compararon los resultados entre dos cirujanos, uno experimentado en la cirugía laparoscópica y otro principiante.

Para la valoración cuantitativa de curvas de aprendizaje se usó la técnica de CUSUM. Viene derivada de la suma de las diferencias entre resultados individuales y la media de todos los resultados. En este estudio se usó para valorar el tiempo quirúrgico de cada cirujano, medido como el tiempo entre la primera incisión y la cierre de la misma.

Resultados: En total se realizaron 114 BGYR laparoscópicos y 66 BGYR robóticos primarios. Mientras que la intervención asistida por robot tuvo mayor tiempo quirúrgico (156,8 minutos \pm 50,1 vs 124,6 minutos \pm 42,1; $p = 0,000$), la curva de aprendizaje fue menor para el cirujano principiante como para el cirujano experimentado en la cirugía laparoscópica.

Para el cirujano A (principiante), la curva se aplanó tras el quinto caso robótico, comparado con 29 casos para conseguir el mismo logro en la cirugía laparoscópica. Para el cirujano B (experto), la curva se aplanó tras 15 bypass robóticos, comparado con 24 bypass laparoscópicos. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el cirujano laparoscópico experimentado (B) y el principiante (A), salvo tiempo de intervención (laparoscópico= 134 minutos \pm 48 vs 115,5 minutos \pm 33,5; $p = 0,029$. Robótico = 205,1 minutos \pm 36,9 vs 140 minutos \pm 42,8; $p = 0,000$).

Conclusiones: En nuestra experiencia, el BGYR robótico se ha mostrado seguro y eficiente, siendo más fácil de aprender que el abordaje laparoscópico. Con más experiencia los tiempos quirúrgicos de ambos abordajes disminuyen.



V-006

Hiatoplastia y cardiopexia del ligamento redondo para manejo de reflujo gastro-esofágico en una paciente con conversión previa de gastrectomía vertical a bypass gástrico

Comunicaciones médicas. Vídeo.

Herms, Daniel; Vilallonga, Ramón; Garcia Ruiz De Gordejuela, Amador; Mata Gordejuela, Rodrigo; Moratal, Miriam; Barros, Marta; Acevedo, Danilo; Caubet, Enric; Gonzalez, Oscar; Armengol, Manel.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón.

25/05/2022 12:30 Sala D

Un porcentaje importante de pacientes sometidos a cirugía bariátrica primaria o de revisión después de gastrectomía vertical (GV), presentan enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) sintomática. Existen diferentes estrategias para tratar el ERGE, sin embargo, el Bypass gástrico (BPG) parece ser la opción preferida. Aquí, describimos y presentamos un caso de cardiopexia del ligamento redondo laparoscópica, una técnica quirúrgica que refuerza el esfínter esofágico inferior y restaura su competencia en pacientes con persistencia o recidiva de la ERGE después de BPG.

Introducción: La GV es el procedimiento de cirugía bariátrica realizado con mucha frecuencia debido a su aparente simplicidad técnica y resultados favorables de pérdida de peso. Sin embargo, es una técnica que presenta elevada prevalencia de complicaciones. La ERGE es un trastorno del tracto gastrointestinal superior que se define por acidez estomacal y regurgitación ácida, que se desarrolla cuando el reflujo del contenido del estómago provoca síntomas molestos y/o complicaciones. Cuando aparece ERGE después de GV, se han considerado muchas opciones, incluida la reparación de hernia hiatal, conversión a bypass gástrico u otras como la colocación del esfínter magnético LINX. En este video, presentamos una alternativa quirúrgica, como es la cardiopexia de Teres, utilizando el ligamento redondo para lograr una restauración casi completa de la función de la unión esofagogástrica (UGE).

Material, métodos y objetivo: El objetivo es presentar una alternativa quirúrgica para el tratamiento de la ERGE post conversión de GV a BPG presentando un vídeo con los aspectos técnicos del procedimiento.

Caso: Se trata de una paciente mujer de 63 años con IMC de 40 Kg/m², que se realizó sleeve gástrico en 2017. Posteriormente, tras adecuada pérdida de peso con un IMC de 24 Kg/m², presentó clínica de reflujo y se decidió conversión a bypass en 2018. Su IMC post bypass fue de 24 Kg/m². La paciente continuó con clínica de reflujo que no cede con inhibidos de la bomba de protones y en endoscopia de tracto digestivo superior se observó esofagitis grado C por lo que se decide realizar un cierre del hiato y cardiopexia con ligamento redondo.

Conclusiones: El refuerzo quirúrgico del esfínter esofágico inferior en la UGE para restaurar la función es necesario para prevenir el reflujo ácido. En pacientes que se han sometido a GV y han fracasado en el tratamiento médico conservador después del desarrollo de ERGE, la mejor opción es la conversión a RYGB. Sin embargo, algunos pacientes optan por no someterse a un bypass y tienen la opción de tener un refuerzo quirúrgico del esfínter esofágico inferior para prevenir el reflujo ácido. La cardiopexia con el ligamento redondo asegura el alargamiento de la porción abdominal del esófago y ancla el conjunto antirreflujo dentro del ambiente de presión positiva del abdomen de una manera fuerte y flexible. Parece ser un procedimiento aconsejable para el tratamiento del reflujo gastroesofágico. La cardiopexia del ligamento redondo combinada con el cierre de los pilares gástricos es una alternativa tardía de tratamiento de la ERGE en pacientes con GV previa y hernia de hiato.

P-011

Retirada de banda gástrica por complicaciones: 10 años de nuestra experiencia Comunicaciones Médicas. Póster.

Alvarado Hurtado, Ricardo; San Román Romanillos, María Rosario; Díaz Pedrero, Raúl; Córdova García, Diego Martín; Soto Schütte, Sonia; Allaoua Moussaoui, Yousef; Mañes Jiménez, Félix; Jiménez Martín, Rubén; Ratia Giménez, Tomás; Gutiérrez Calvo, Alberto José.
Hospital Príncipe de Asturias.

25/05/2022 18:00 Pantalla 2

Introducción: La banda gástrica ajustable laparoscópica (BGA) ha sido uno de los procedimientos bariátricos más extendidos como tratamiento de la obesidad mórbida, por su seguridad, capacidad de ajuste y por no alterar la anatomía del tracto gastrointestinal. Pese a esto, su uso sigue siendo controvertido.

Material y métodos: Revisión descriptiva y retrospectiva de pacientes sometidos a retirada de BGA en los últimos 10 años en nuestro centro. Se agrupó a los pacientes de acuerdo con la complicación que presentaron. En cada grupo se recogieron las variables de edad, sexo, porcentaje del exceso de IMC perdido antes de la complicación, duración de la banda in situ, abordaje quirúrgico, tiempo de estancia y complicaciones.

Resultados: Desde enero de 2011 hasta diciembre de 2021, se retiraron un total de 16 BGA en nuestro centro por complicaciones. El 100% de los pacientes fueron mujeres. La media de edad de las pacientes fue de 50 años. Los pacientes en los grupos de deslizamiento (DL), estenosis (ET) y erosión (ER) fueron 8 (50%), 6 (37,5%) y 2 (12,5%) respectivamente. Las medias del porcentaje de exceso de IMC perdido, hasta la aparición de la complicación, fueron 57,15%, 80,82% y 78,94% respectivamente. El tiempo medio de mantenimiento de la banda in situ fueron 6,33 años en el grupo DL, 7 años en el grupo de ET y 10 años en el grupo de ER. El 100% de las intervenciones se realizó por acceso laparoscópico. El tiempo medio de hospitalización fue 4,16 días. El número de complicaciones quirúrgicas (Clavien-Dindo >1) fue 0.

Discusión: Examinamos las características de los pacientes a los que se le ha retirado BGA por complicaciones en nuestra unidad de cirugía bariátrica. La necesidad de cirugía de revisión en las series publicada es muy variable (10 al 60%). No podemos determinar la relación entre los implantes y explantes en nuestra serie, ya que es una técnica que no se ofrece en nuestro centro. El estudio está limitado por su naturaleza retrospectiva y por ser una cohorte pequeña.

Las complicaciones presentadas son las típicamente relacionadas a BGA, deslizamiento, estenosis y erosión. El deslizamiento fue la complicación más frecuente, al igual que en la literatura publicada. Esta complicación está muy relacionada a la técnica y puede condicionar un prolapso gástrico y, al ser mantenida en el tiempo, una pseudoacalasia y megaesófago, como en una de nuestras pacientes. En nuestro grupo, fue posible la reversibilidad de la técnica. Todas se llevaron a cabo a través de un acceso laparoscópico. La estancia fue corta en comparación a estudios similares y ninguno de los pacientes presentó complicaciones postoperatorias.

A pesar de la aparición de complicaciones y necesidad de retirada de BGA, el porcentaje de exceso de IMC perdido estuvo dentro del rango óptimo descrito para la técnica. Ninguna de las pacientes superó los 10 años con el dispositivo.

En Conclusión:, a pesar que la BGA es una alternativa con una técnica relativamente fácil, segura y reversible, no está exenta de complicaciones a largo plazo y deben ser informadas a los candidatos.

V-010

Prevención de hernias internas en cirugía de la obesidad. Cierre de espacios mesentéricos. Descripción de la técnica y resultados tras 3 años de seguimiento Comunicaciones médicas. Vídeo.

Carmona Gómez, Victoria; Pérez Zapata, Ana Isabel; González Martín, Rosa; García Picazo, Alberto; Vega Novillo, Viviana; Fernández Noel, Silvia; Gómez Rodríguez, Pilar; Rodríguez Cuéllar, Elías; De La Cruz Vigo, Felipe; Ferrero Herrero, Eduardo.

Hospital Universitario 12 de octubre.

25/05/2022 12:30 Sala D

Objetivo: Se han descrito hernias internas en 1-5% de los pacientes tras el bypass gástrico laparoscópico, siendo las más frecuentes las hernias de Petersen. La aparición de la hernia de Petersen se produce por protrusión de las asas intestinales a través del defecto originado entre el asa ascendida y el mesocolon transverso. Suelen manifestarse más allá del primer año de la realización del bypass gástrico, tras un importante descenso de peso. La mayoría de autores afirman que el cierre primario de los defectos mesentéricos durante la cirugía disminuye el desarrollo de este tipo de hernias. El objetivo de este estudio es describir la técnica realizada en nuestro centro para el cierre del espacio de Petersen y analizar la relación entre dicho cierre con el desarrollo de hernias internas como complicación a largo plazo tras el bypass gástrico laparoscópico.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo sobre pacientes con obesidad, sometidos a bypass gástrico durante el año 2018 y que han mantenido seguimiento en consultas de nuestro centro. La técnica para el cierre del espacio de Petersen utilizada en nuestro centro consiste en el cierre del mesocolon transverso previo al ascenso antecólico del asa alimentaria mediante sutura continua y en bolsa de tabaco desde el borde visceral del mesocolon transverso, medial al triángulo de Treitz, hasta la brecha mesentérica resultante de la confección de la anastomosis yeyuno-yeyunal, sin incluir el asa alimentaria. Se analizó la técnica quirúrgica y las complicaciones que presentaron dichos pacientes hasta el año 2021, diferenciando entre complicaciones tempranas (menos de 30 días tras la cirugía) y tardías (más de 30 días tras la cirugía).

Resultados: se incluyeron 79 pacientes. Al bypass gástrico se asoció un anillado del reservorio gástrico en un 89.87 % (n=71). En todos los casos el abordaje fue laparoscópico y se realizó una reconstrucción en Y de Roux antecólica, cerrándose el espacio de Petersen con sutura continua con monofilamento irreabsorbible de 2/0 según se ha descrito anteriormente. Con respecto a la evolución postoperatoria de estos pacientes, un 5.06 % (n=4) presentaron algún tipo de complicación temprana y un 6.33 % (n=5) presentaron complicaciones tardías. De las complicaciones tempranas, la más frecuente fue la fuga de la anastomosis gastroyeyunal (n=2), seguida de la hemorragia intraabdominal (n=1). La complicación tardía más frecuente fue el desarrollo de una úlcera marginal (n=3), asociando estenosis de la anastomosis gastroyeyunal en uno de los casos. Ninguno de los pacientes intervenidos ha presentado complicaciones relacionadas con el desarrollo de hernias internas durante el seguimiento hasta el año 2021.

Conclusiones: La hernia de Petersen es una complicación infrecuente del bypass gástrico laparoscópico, llegando a alcanzar una elevada morbimortalidad si no se detecta a tiempo. Para tratar de evitar su desarrollo se recomienda el cierre sistemático del defecto mesentérico. El cierre descrito para el espacio de Petersen puede ser una opción segura en la prevención de hernias en el postoperatorio, sobre todo en los casos en que la técnica quirúrgica comienza con la confección del pie de asa.

P-069

Perforación a nivel de anastomosis gastroyeyunal tras bypass. Revisión de nuestra experiencia entre los años 2017-2021

Comunicaciones médicas. Póster.

Bru Aparicio, Marta; Laguna Hernandez, Pilar; Cordova Martín, Diego; Alvarado Hurtado, Ricardo; Soto Shutte, Sonia; Allaoua, Yousef; San Román Romanillos, María Rosario; Díaz Pedrero, Raúl; Ratia Gimenez, Tomás; Gutierrez Calvo, Alberto.

Hospital Príncipe de Asturias.

27/05/2022 10:30 Pantalla 1

Objetivos: Analizar la incidencia y opciones de tratamiento en casos de úlcera perforada a nivel de la anastomosis gastroyeyunal tras la realización de un bypass gástrico.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de una paciente atendida en nuestro servicio y realizamos una revisión de los casos de bypass gástrico llevados a cabo entre los años 2017 y 2021 para analizar la incidencia de úlcera perforada a nivel de la anastomosis gastroyeyunal.

Resultados: Paciente mujer de 39 años, operada de gastrectomía tubular en Turquía en octubre de 2020; acude a nuestro servicio cuatro semanas después de la intervención por intolerancia digestiva y dolor epigástrico. Se diagnosticó un estrechamiento a nivel del antro, y se intentaron dos dilataciones endoscópicas, sin mejoría de la sintomatología de la paciente, por lo que se diagnosticó de estenosis funcional por twist de manga gástrica.

En marzo del 2021 se realizó reconversión a bypass gástrico por vía laparoscópica

La paciente presentó buena evolución hasta que nueve meses tras la cirugía consulta en el servicio de urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal de 12 h de evolución.

Se realizó un TAC abdominopélvico con contraste donde se evidenció neumoperitoneo y aumento de líquido abdominal. Ante la alta sospecha de perforación de víscera hueca se realizó una laparoscopia exploradora de urgencia en la que se evidenció peritonitis purulenta difusa en relación con perforación a nivel de cara anterior de anastomosis gastroyeyunal. Se realizó sutura primaria de la perforación y se comprobó estanqueidad con la administración de azul de metileno a través de SNG. La paciente presentó buena evolución en el postoperatorio inmediato.

Entre los años 2017 y 2021 se llevaron a cabo en nuestro servicio 42 bypass gástricos (32 mujeres y 10 hombres) con una media de edad de 51 años. Entre ellos solo se ha encontrado dos casos de úlcera a nivel de anastomosis gastroduodenal demostrada en gastroscopia. De estos solo uno presentó perforación, siendo este el caso presentado.

Una revisión sistemática muestra que la incidencia de úlcera de la anastomosis varía entre el 0,6 y el 16%. La perforación de la úlcera es rara, y se han descrito unos pocos casos en la literatura, con una incidencia que varía entre el 0,4 y 1%(1)

Los factores que contribuyen a la formación de úlcera y su perforación incluyen estrés, hábito tabáquico, toma de AINES o cese de tratamiento con IBPs.(2)

No existe consenso en cuanto al tratamiento óptimo para el tratamiento de la úlcera perforada después de la realización de un Bypass gástrico, pero parece que la reparación laparoscópica mediante sutura y la utilización de parche epiploico es una opción segura cuando se realiza por cirujanos experimentados.(1)

Conclusiones: La perforación de úlcera a nivel de la anastomosis gastroyeyunal es una complicación del bypass gástrico poco frecuente pero potencialmente amenazadora para la vida del paciente.

Su tratamiento requiere siempre revisión quirúrgica, generalmente por vía laparoscópica.

Bibliografía: 1.Fringeli Y, Worreth M, Langer I. Gastrojejunal Anastomosis Complications and Their Management after Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass.J Obes. 2015

O-037

Comparación de bypass gástrico laparoscópico vs gastrectomía vertical: experiencia durante 12 años en nuestro centro

Comunicaciones médicas. Oral.

Esmaili Ramos, Mahur¹; García Aparicio, Mónica¹; Ortega Ortega, Elena¹; Carballo López, María Del Carmen¹; Broekhuizen Benítez, Javier¹; Cano Pecharromán, Esther María¹; Martín Paniagua, Leticia¹; Mesa Ruiz, María Inmaculada¹; Balsa Marín, Tomás¹; Martínez, Sagrario².

¹Hospital Nuestra Señora del Prado; ²Fundación Hospital Alcorcón.

25/05/2022 18:30 Sala A

Objetivos: Comparar el bypass gástrico laparoscópico y la gastrectomía vertical laparoscópica como técnicas de cirugía bariátrica a corto y medio plazo en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo en el que se analizaron un total de 118 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica laparoscópica en nuestro centro entre enero de 2010 y diciembre de 2021, con un seguimiento mínimo de 1 año. Se establecieron dos grupos de estudio, el grupo A, en el que se englobaron los pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante gastrectomía vertical laparoscópica (GVL); grupo B, formado por los pacientes sometidos a bypass gástrico laparoscópico (BPGL).

Resultados: Del total de la muestra (n=118), 83 (70,3%) fueron sometidos a GVL (grupo A), a 35 (29,7%) se les realizó un BPGL (grupo B). Clara predominancia del sexo femenino con un 74,6% (88), respecto al masculino con un 25,4% (30). El rango de edad fue entre 23 y 68 años con una media de 44,7 años. La media de peso previo a la intervención fue de 117,3 Kg.

De los pacientes sometidos a GVL, 9 (11%) de ellos, precisaron cirugía de conversión a BPGL siendo la causa principal la presencia de reflujo gastroesofágico (RGE) presente en 6 (67%) de estos pacientes tras la primera intervención; en segundo lugar, la reganancia ponderal en 2 (22%) y un paciente (11%) por síndrome emético secundario a estenosis.

En relación a las complicaciones postquirúrgicas, en el grupo A encontramos una tasa del 7% frente al 14% del grupo B. De éstas, las más graves fueron un paciente con fuga de la línea de grapas en el grupo de GV y un paciente con dehiscencia anastomótica en el grupo de BPGL. Los porcentajes de reintervención en ambos grupos fueron del 5% y 9% respectivamente. En toda la serie, solo hubo un éxito secundario a un tromboembolismo pulmonar.

Del mismo modo, se analizó el control del peso perdido mediante el exceso de peso perdido al mes y al año. Al mes, en el grupo A encontramos que el máximo de exceso de peso perdido fue de un 48% frente al 58,9% encontrado en el grupo B; al año los porcentajes son del 106,3% y 89% respectivamente, aunque hay que mencionar que, en este caso, los datos pueden encontrarse sesgados debido a la pérdida de seguimiento de varios de los pacientes por diferentes razones.

Conclusiones: La obesidad mórbida requiere de un manejo multidisciplinar para conseguir unos resultados satisfactorios en cuanto a la pérdida de peso y disminución de las comorbilidades asociadas. En la actualidad, la cirugía representa el gold standard existiendo diversas técnicas. Dentro de ellas, el BPGL ha demostrado ser superior en la pérdida de peso, mejoría de comorbilidades como la diabetes mellitus, SAOS o el RGE. Sin embargo, aunque la GVL puede precisar de cirugía de reconversión, muestra menor tasa de complicaciones intra y postquirúrgicas debido a que técnicamente puede resultar más sencilla.

O-044

Resultados preliminares sobre proyecto de investigación: microbiota y metabolitos relacionados como marcadores potenciales de resolución de esteatosis tras cirugía bariátrica

Comunicaciones médicas. Oral.

Balaguer Román, Andrés¹; Gomez Perez, Beatriz¹; Martínez Sanchez, María Antonia²; Cerezuela, Alvaro¹; Cayuela, Valentín¹; Aliaga, Alfonso¹; Delegido, Ana³; Ramos Molina, Bruno²; Hernández, Quiteria¹; Frutos Bernal, M^a Dolores¹.
¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ²Instituto Murciano Investigación Biosanitaria; ³Hospital Dr. Rafael Méndez.

26/05/2022 09:00 Sala A

Objetivos: El objetivo global de este proyecto es evaluar la relación entre la enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) y la microbiota intestinal y determinar si la resolución de la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) y la fibrosis hepática tras la cirugía bariátrica (CB) se asocia con cambios específicos de la microbiota intestinal y los metabolitos relacionados. Presentamos resultados preliminares sobre los cambios en la microbiota en el seguimiento de pacientes con EHNA tras la CB.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo en una cohorte de individuos con obesidad mórbida (IMC > 40 kg/m²), intervenidos de bypass gástrico. El grado de EHGNA se caracteriza mediante las biopsias hepáticas tomadas durante la intervención bariátrica. La composición de la microbiota intestinal se analizará en heces mediante secuenciación del gen ARNr 16S.

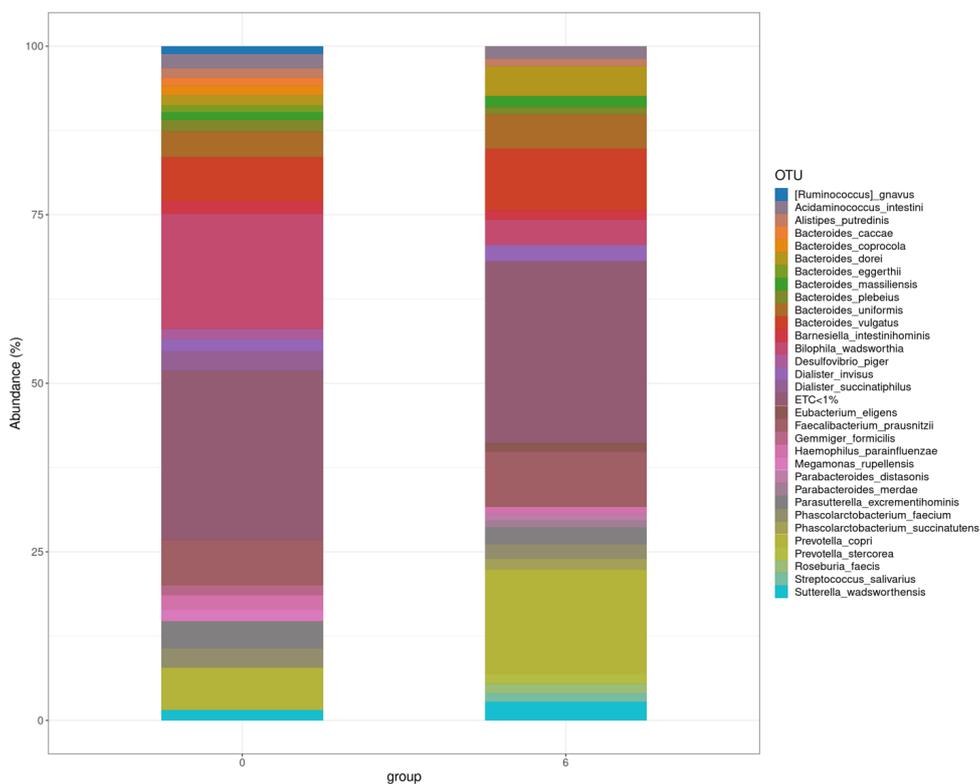
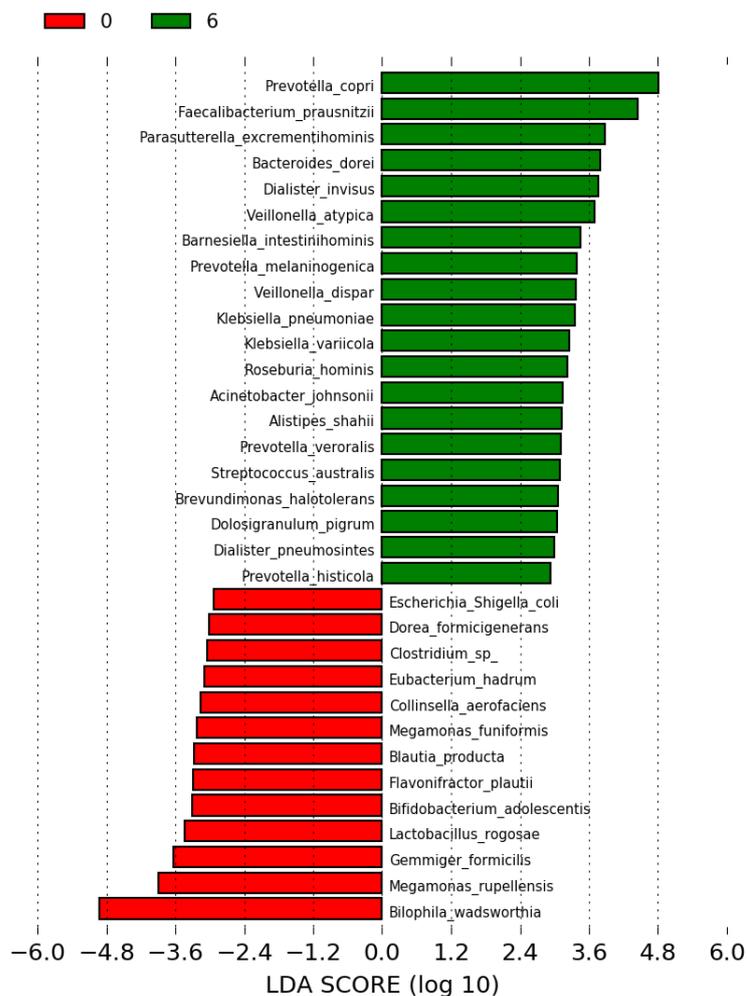
Resultados: Se adjunta gráfica con los resultados más significativos en cuanto a cambios en la microbiota (en rojo, los microorganismos más frecuentes previo a la cirugía, en verde los más frecuentes tras 6 meses. Pósteriores a la cirugía (Figura 1).

Observamos como el microorganismo que más aumenta tras la cirugía del bypass es el *Prevotella copri*, que mejora el metabolismo de la glucosa y la sensibilidad a la insulina mediante un mecanismo asociado con la producción de succinato, según diversos estudios. En segundo lugar el *faecalibacterium prausnitzii* ha sido categorizado como la bacteria más abundante en la microbiota intestinal humana de adultos sanos, siendo una productora de butirato y protectora frente a la disbiosis microbiana, y es la segunda bacteria que más aumenta a los 6 meses tras la cirugía.

Otro de los microorganismos que presentan cambios en mayor cantidad es el *Bifidobacterium wadsworthia*, encontrándose en mayor proporción en aquellos individuos en el momento previo a la cirugía, Pósteriormente disminuye de manera significativa y se ha visto relacionado con una dieta rica en grasas.

Conclusiones: La composición taxonómica de la población microbiana intestinal se ve significativamente afectada después de la cirugía bariátrica (Figura 2). Parece existir un patrón de microbiota "favorable" tras la realización del bypass, algunos de los microorganismos que aumentan se relacionan con actividades metabólicas que favorecen al huésped.

Son necesarios más estudios relacionados, para poder establecer patrones microbianos de riesgo en la eficacia o no de la cirugía bariátrica, y una vez determinados, desarrollar herramientas terapéuticas que permitan modular los mismos y valorar si son determinantes a la hora de obtener resultados en la cirugía.



V-019

Recursos técnicos para la resolución de incidencias intraoperatorias en cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Vídeo.

Alduntzin, Olatz; Eguaras, Inés; Yárnoz, Concepción; Miranda, Coro; Hernández, Susana; Pelegrín, Irene; Chaveli, Carlos.
Hospital Universitario de Navarra.

25/05/2022 15:30 Sala D

La cirugía bariátrica es un tipo de cirugía exigente y hay que tener recursos para solventar las posibles incidencias inesperadas intraoperatorias.

El trabajo que presentamos es un vídeo que recopila una serie de recursos técnicos para la resolución de incidencias o eventos que pueden suceder de forma intraoperatoria en los distintos tipos de cirugía de la obesidad. Hemos recogido cuatro casos que tratan diferentes incidencias, con los recursos técnicos para su resolución.

El primer caso expone un hallazgo incidental intraoperatorio en una intervención de bypass gástrico. Previo a la cirugía presentaba una gastroscopia sin hallazgos. Se trata de una lesión de 1,5 cm localizada en cara anterior a nivel de la incisura, sospechoso de tumor de GIST. Se realiza una resección gástrica atípica incluyendo la lesión gástrica y bypass gástrico laparoscópico según la técnica habitual.

El segundo caso muestra un problema técnico que ocurrió en la confección de la anastomosis manual de un SADI, incidente que puede ocurrir durante la confección de cualquier anastomosis manual. Se objetiva cómo la sutura continua de la cara Pósterior con V-Loc se sutura de forma incidental la cara anterior, dejando así la anastomosis sin paso. Para solventar este evento se decide resear la anastomosis y realizar dos nuevas anastomosis (ileo-ileal mecánica y duodeno-ileal manual).

El tercer caso expone una perforación intestinal inadvertida. Se trata de una perforación del asa alimentaria en un bypass gástrico. Dicha perforación se evidencia en el momento de la comprobación de la anastomosis reservorio gástrico-yeyunal con azul de metileno y se repara con dos puntos.

El cuarto y último caso muestra otra complicación que puede ocurrir en el momento de realizar una anastomosis. Se observa cómo al colocar la endocortadora se perfora el asa alimentaria que iba a conformar el pie de asa. Este hecho nos obliga a resear el asa perforada, teniendo que realizar dos anastomosis para confeccionar el pie de asa.

Para concluir, es necesario señalar que las habilidades del equipo quirúrgico en la cirugía bariátrica son esenciales para solventar cualquier incidencia intraoperatoria y para que los pacientes puedan superar el postoperatorio con éxito.

P-081

Cirugía bariátrica en paciente con obesidad mórbida y EPOC severo subsidiario de trasplante pulmonar. Cuando el tratamiento optimizador se convierte en el tratamiento definitivo.

Comunicaciones Médicas. Póster.

López Otero, Marta; Otero Martínez, Isabel; Maruri Chimeno, Ignacio; Pardellas Rivera, María Hermelinda; González Fernández, Sonia; Jove Alborés, Patricia; Sánchez Santos, Raquel.

Hospital Álvaro Cunqueiro.

27/05/2022 10:30 Pantalla 2

Objetivos: Seguir el manejo perioperatorio de un paciente obeso mórbido con EPOC en fase terminal que se somete a cirugía bariátrica con el objetivo de mejorar su estado funcional y corregir su exceso de peso de cara al trasplante pulmonar.

Material y métodos: Presentamos el caso de un hombre de 59 años, diabético, hipertenso, con diagnóstico de EPOC severo, fumador activo y obeso mórbido que está a seguimiento por Neumología. Presenta en las espirometrías progresivas un patrón obstructivo de grado muy grave (FEV1 23%), insuficiencia respiratoria global, SAHS y múltiples ingresos urgentes por episodios de exacerbación.

Con un impacto creciente en su calidad de vida (BODE 7), disnea de mínimos esfuerzos (MRC 4), dependencia de oxígeno portátil constante y BIPAP nocturna, se le diagnostica también una fibrilación auricular e inicia tratamiento anticoagulante.

Durante 20 meses, Endocrinología intenta lograr una pérdida de peso empleando estrategias no invasivas. Dada la situación limitante del paciente, que apenas puede desplazarse y sin obtener resultados satisfactorios, es remitido a Cirugía Bariátrica con la intención de lograr un descenso de peso suficiente para ser candidato a un trasplante pulmonar.

En sesión multidisciplinar se decide asumir el alto riesgo quirúrgico con un ASA IV e IMC de 47.3 Kg/m² y un ingreso programado para completar el estudio preoperatorio, seguir un ayuno modificado, optimizar la ventilación mecánica e iniciar un programa de fisioterapia respiratoria.

En la cirugía programada, con un protocolo anestésico libre de opioides y las profilaxis antitrombótica y antibiótica habituales, se realiza una gastrectomía vertical laparoscópica tutorizada con sonda de Foucher de 36F. El paciente se mantiene hemodinámica y respiratoriamente estable durante toda la intervención.

Resultados: Presenta un postoperatorio favorable, inicia deambulación precoz y tolerancia progresiva, reinicia su pauta de anticoagulación y el programa de fisioterapia respiratoria y es dado de alta, sin complicaciones derivadas de la intervención ni exacerbaciones de su EPOC, al 6^º día PO. El paciente inicia una pérdida de peso progresiva hasta un IMC de 28 kg/m² a los 8 meses de la intervención. Logra una corrección total de su insuficiencia respiratoria, una mejoría significativa en su patrón obstructivo (GOLD 2, FEV1 53%) y en la afectación de su calidad de vida (BODE 1). Se retira la BIPAP, ya no precisa oxigenoterapia continua, no presenta nuevas agudizaciones de su EPOC y realiza ejercicio físico moderado diario.

Dada la mejoría PO significativa en su patología respiratoria de base, ya no se trata de un EPOC en fase terminal y deja de tener indicación de trasplante pulmonar.

Conclusiones: La cirugía bariátrica, especialmente la gastrectomía vertical, es una herramienta útil en los casos de pacientes con obesidad mórbida y comorbilidades derivadas que presentan un fallo orgánico subsidiario de trasplante, pero exceden los límites de peso requeridos para la intervención.

En ocasiones, la pérdida de exceso de peso lograda con la cirugía bariátrica y la consecuente mejoría funcional de la patología de base es tal que el paciente no solo alcanza los requerimientos para un trasplante, sino que deja de precisar dicha intervención.

P-048

Cirugía revisional tras gastrectomía vertical laparoscópica: ¿es el bypass gástrico en Y de roux una técnica efectiva y segura para todas las indicaciones? Comunicaciones médicas. Póster.

Triguero Cabrera, Jennifer; Mogollón González, Mónica; Arteaga Ledesma, María; Mohamed Chairi, Mohamed Hassin; Álvarez Martín, María Jesús; Villar Del Moral, Jesús María.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

26/05/2022 18:00 Pantalla 1

Objetivos: Analizar los resultados tras cirugía de conversión de gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) a bypass gástrico proximal laparoscópico (BGPL) en Y de Roux comparando entre las dos indicaciones más frecuentes: reflujo gastroesofágico (RGE) vs pérdida de peso insuficiente/reganancia ponderal (PPI/RP).

Material y métodos: Estudio observacional, unicéntrico realizado sobre una cohorte de pacientes sometidos a BGPL como cirugía revisional (CR) tras GVL entre enero 2012-enero 2021. 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 exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: 23 pacientes fueron sometidos a BGPL como CR: 14 pacientes (60,1%) por RGE, y 9 pacientes (39,1%) por PPI/RP. Las principales variables analizadas se expresan en la siguiente tabla:

	RGE (n=14)	PPI/RG (n=9)	p
Edad(años)	50(43-58)	56(50-61)	0,305
ASA			
-I-II	8(57,1)	1(11,1)	0,040
-III-IV	6(42,9)	8(88,9)	
HTA	5 (35,7)	6(66,7)	0,485
DM II	4 (28,6)	4(44,4)	0,657
SAOS	7(50)	6(66,7)	0,431
Colelitiasis	6(50)	1(11,1)	0,061
Reflujo preoperatorio	12(85,7)	1(11,1)	0,001
Patología hiatal/ esofagitis gastroscopia	6(42,9)	1(11,1)	0,337
Esteatosis hepática	3(25)	4(80)	0,036
IMC preoperatorio(kg/m²)	35,2(33-37,4)	46(42,6-51,2)	<0,001
Tiempo hasta cirugía revisional (meses)	42(30-81)	96(67,5-300)	0,003
Hernia hiato intraoperatoria	9(64,3)	2(22,2)	0,049
Hiatoplastia	2(14,3)	2(22,2)	0,420
Dilatación sleeve	6(42,9)	6(66,7)	0,624
Colecistectomía concomitante	4(33,3)	0	0,054
Conversión laparotomía	1(7,1)	2(25)	0,271
Drenaje intraabdominal	1(7,1)	4(44,4)	0,034
Duración cirugía(minutos)	210(177-257)	180(175-250)	0,588
Dindo-Clavien			
-I-II	12(85,7)	9(100)	0,502
-III-IV	2(14,3)	0	
Complicaciones postoperatorias:	4(28,6)	0	0,078
Sangrado	1(7,1)	0	
Obstrucción	2(14,3)	0	
Fuga	1(7,1)	0	
Estancia hospitalaria(días)	4(3-7,5)	4(3-6)	0,781
Reingreso	3(21,4)	0	0,253
Remisión HTA	3(60)	2(33,3)	0,558
Remisión DMII	1(25)	3(75)	0,486
Remisión SAOS	2(28,6)	1(16,7)	0,545
Variación IMC (kg/m²)			
-1 ^o mes	33(29,7-36,9)	42,5(39,4-47,2)	<0,001
-3 ^o mes	31,2(29,3-36,7)	37(32,9-41,8)	0,129
-6 ^o mes	31(29,1-33,5)	34,5(30-44,7)	0,240
-1 ^o año	30,5(28-32,8)	31,9(30,4-41)	0,412
-2 ^o año	33,7(23,4-34,9)	36,7(26,9-44,2)	0,686
%Peso Total Perdido(%PTP)			
-1 ^o mes	7,6(4,1-10,8)	10,4(8,2-10,5)	0,285
-3 ^o mes	10,7(7,5-19,3)	17,4(13-24,2)	0,129
-6 ^o mes	11,3(7,1-21,1)	24,6(13-32,3)	0,093
-1 ^o año	12(5,3-13,4)	29,6(18,9-34,8)	0,042
-2 ^o año	10,6(8,3-19,71)	24,1(15,439,1)	0,400

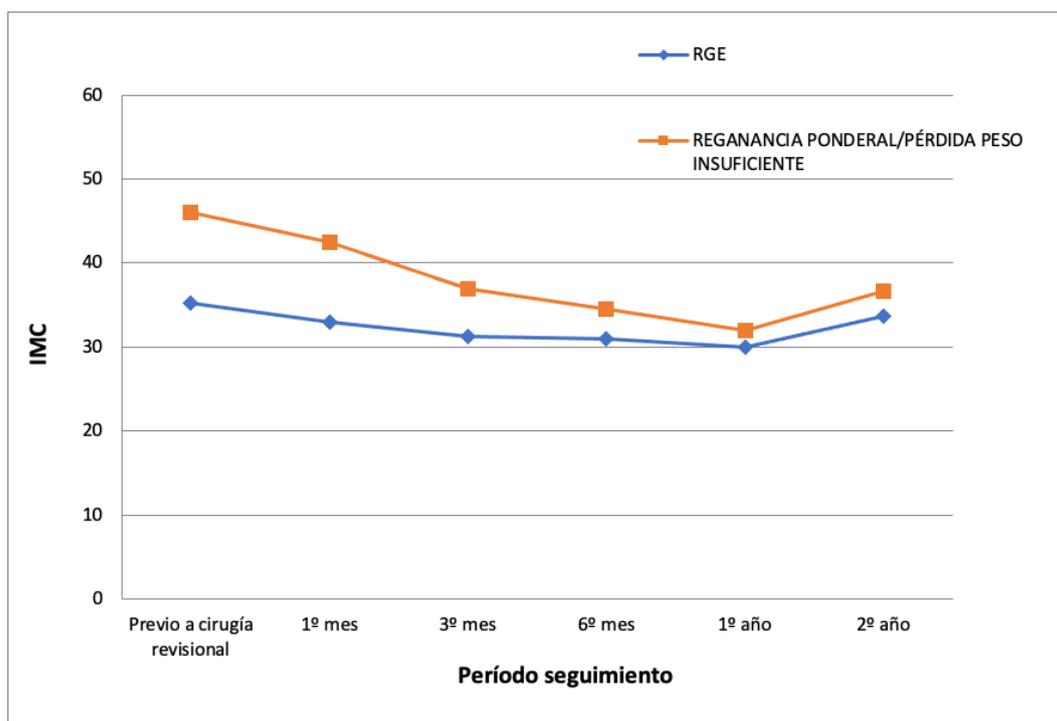
De los 14 pacientes reintervenidos por RGE, 12(85,7%) presentaban clínica refractaria a IBP (4 con esofagitis) y los 2 restantes esofagitis grave resistente a IBP. Tras la conversión, se evidenció resolución del RGE y de la esofagitis en el 100% de los pacientes.

La gráfica 1 muestra la evolución del IMC en ambos grupos.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a BGPL por PPI/RP fueron más complejos (mayor riesgo anestésico, IMC y porcentaje de esteatosis hepática) y el tiempo transcurrido entre la cirugía primaria y la revisional fue más prolongado.

En el grupo reintervenido por RGE se adicionó colecistectomía concomitante a la CR en un mayor número de casos. Pese a tratarse de pacientes con menor IMC, el porcentaje de complicaciones postoperatorias específicas fue mayor.

Nuestros resultados demuestran que el BGPL es efectivo como CR para el control del reflujo tras GVL, pero no para conseguir una pérdida de peso adicional óptima mantenida a largo plazo, ni un buen control de todas las comorbilidades, demostrando un mayor beneficio en la resolución de la diabetes.



P-061

Análisis comparativo de seguridad y eficacia entre bypass gástrico revisional y primario: ¿existe un momento óptimo para realizar una cirugía “redo” más segura? Comunicaciones médicas. Póster.

Mogollón González, Mónica; Triguero Cabrera, Jennifer; Mohamed Chairi, Mohamed Hassin; Arteaga Ledesma, María; Álvarez Martín, María Jesús; Villar Del Moral, Jesús María.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

26/05/2022 18:00 Pantalla 3

Objetivos: Analizar los resultados en términos de seguridad y eficacia tras bypass gástrico proximal (BGP) en Y de Roux realizado como tratamiento primario de la obesidad mórbida y como cirugía revisional (CR) tras gastrectomía vertical laparoscópica (GVL). Además, evaluar la influencia del tiempo transcurrido entre ambas cirugías en el desarrollo de complicaciones tras CR.

Material y métodos: Estudio observacional y unicéntrico realizado sobre una cohorte de pacientes sometidos a BGP entre enero 2012-Enero2021. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes; las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. Se utilizó el test U de Mann-Whitney y coeficiente Spearman para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 54 pacientes: 29(53,7%) sometidos a BGP primario (BGPP) y 25(46,3%) a BGP revisional (BGPR). Las principales variables analizadas vienen expresadas en la siguiente tabla:

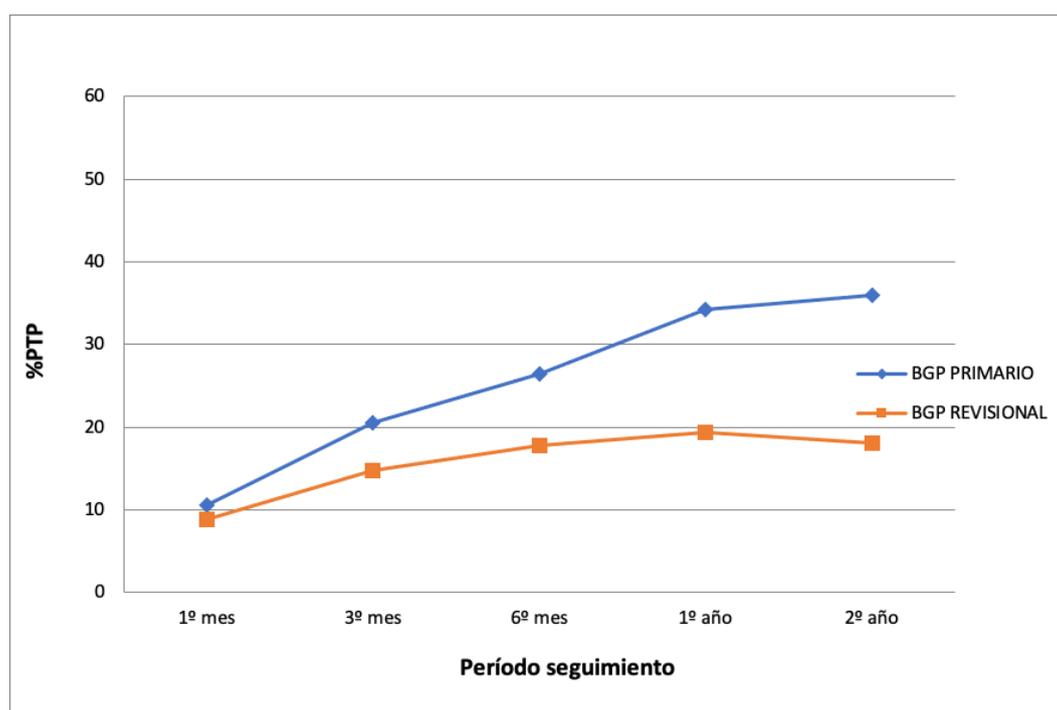
		BGPP (n=29)	BGPR (n=25)	p
PARÁMETROS PREOPERATORIOS	Género -Varón -Mujer	9(31) 20(69)	7(28) 18(72)	0,808
	Edad(años)	50(39-54)	54(47-58)	0,012
	ASA -I-II -III-IV	13(44,8) 16(55,2)	11(44) 14(56)	0,951
	HTA	17 (58,6)	11(44)	0,284
	DM II	13 (44,8)	8(32)	0,335
	SAOS	16(55,2)	13(52)	0,816
	Colelitiasis	3(10,3)	7(31,8)	0,079
	Reflujo preoperatorio	13(44,8)	15(60)	0,266
	Patología hiatal/ esofagitis gastroscopia	13(44,8)	8(32)	0,340
	Tipo obesidad -Ginecoide -Androide -Mixta	10(34,5) 11(37,9) 8(27,6)	8(32) 16(64) 1(4)	0,042
PARÁMETROS QUIRÚRGICOS	Esteatosis hepática	18(62,1)	7(36,8)	0,087
	IMC preoperatorio(kg/m ²)	42,7(39,6-46,4)	37,4(33,6-44)	0,008
	Abordaje laparoscópico	29(100)	17(70,8)	0,002
	Experiencia cirujano -Junior -Senior	16(55,2) 13(44,8)	16(64) 9(36)	0,510
	Hernia hiato intraoperatoria	5(19,2)	12(48)	0,029
	Hiatoplastia	4(13,7)	5(20)	0,713
	Anastomosis gastroyeyunal -Manual -Mecánica	6(24) 19(76)	5(20) 20(80)	0,733
	Conversión laparotomía	1(3,4)	5(21,7)	0,040
	Complicaciones intraoperatorias	1(3,4)	1(4)	0,932
	Drenaje intraabdominal	5(17,2)	7(28)	0,417
	Duración cirugía(minutos)	183(165-245)	201(175-256)	0,195
	PARÁMETROS POSTOPERATORIOS	Dindo-Clavien -I-II -III-IV	26(89,7) 3(10,3)	23(92) 2(8)
Complicaciones postoperatorias: -Sangrado -Obstrucción -Fuga		1(3,4) 0 1(3,4)	1(4) 3(12) 1(4)	0,054
Estancia hospitalaria(días)		4(3-5)	4(3-6,5)	0,735
Reingreso		1(3,4)	5(20)	0,054
Remisión HTA		12(70,5)	5(45,4)	0,176
Remisión DMII		11(84,6)	4(50)	0,088
Remisión SAOS		11(68,7)	3(23)	0,020
%Peso Total Perdido(%PTP): -1ºmes -3ºmes -6ºmes -1ºaño -2ºaño		10,5(8,3-13,4) 20,5(13,7-24,1) 26,4(21,4-29,7) 34,2(31,7-39,1) 36(27,3-41,7)	8,8(5,3-10,6) 14,7(10,6-20) 17,8(8,9-25) 19,3(8,7-25,5) 18(12-38,5)	0,088 0,102 0,031 <0,001 0,079

La gráfica 1 muestra la evolución del %PTP en cada técnica.

El análisis estadístico no mostró relación estadísticamente significativa entre el tiempo transcurrido hasta la CR y un mayor número de complicaciones intra o postoperatorias ($p=0,588$). Sí se constató una relación significativa con la estancia hospitalaria ($p=0,025$) (coeficiente Spearman 0,448).

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran que el BGP realizado como CR asocia una mayor tasa de conversión a vía abierta, así como de complicaciones postoperatorias y reingresos respecto al BGPP. Además, el BGPR obtuvo resultados significativamente inferiores al BGPP en términos de pérdida ponderal y control de comorbilidades mayores. El tiempo transcurrido entre la GVL y el BGPR no influyó en el desarrollo de complicaciones.

En vistas a nuestros resultados, la CR debe abordarse con mucha precaución incluso en manos experimentadas ya que es un procedimiento que entraña mayor riesgo de complicaciones y la pérdida de peso obtenida es menos sustancial.



P-031

Efectividad de la gastrectomía vertical frente al bypass gástrico en Y de Roux en el tratamiento de la obesidad mórbida: ¿cuál es la mejor técnica? Comunicaciones médicas. Póster.

Arteaga Ledesma, María; Triguero Cabrera, Jennifer; Mogollón González, Mónica; Mohamed Chairi, Mohamed Hassin; Álvarez Martín, María Jesús; Villar Del Moral, Jesús María.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

26/05/2022 11:00 Pantalla 2

Objetivo: Comparar los resultados obtenidos tras gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) vs bypass gástrico proximal laparoscópico (BGPL) en Y de Roux para el tratamiento de la obesidad mórbida en términos de pérdida ponderal, control de las comorbilidades y eventos adversos.

Material y métodos: Estudio observacional, unicéntrico realizado sobre una cohorte de pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre enero 2012-Enero2021. La efectividad de cirugía se determinó por el porcentaje de peso total perdido(%PTP) y la resolución de comorbilidades; la seguridad del procedimiento en función de las complicaciones intraoperatorias y la morbilidad postoperatoria. 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 $p < 0,05$.

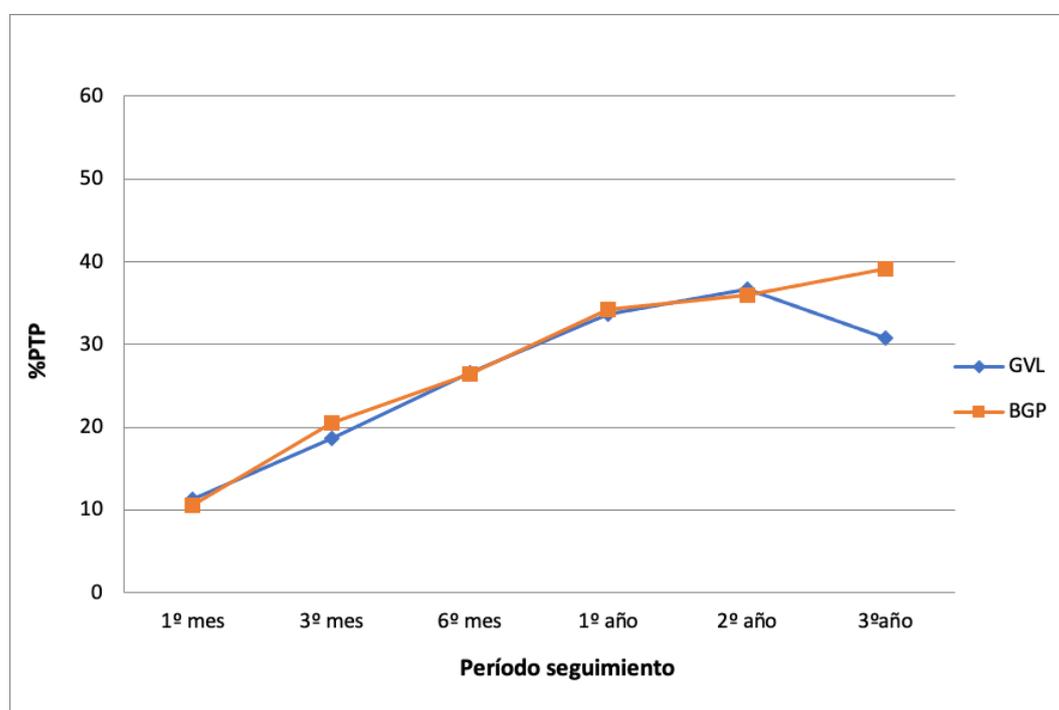
Resultados: Se incluyeron 154 pacientes: 125(81,2%) sometidos a GVL y 29(18,8%) a BGPL. Las principales variables analizadas se expresan en la siguiente tabla:

		GVL (n=125)	BGPL (n=29)	p
PARÁMETROS PREOPERATORIOS	Género			
	-Varón	44(35,2)	9(31)	0,671
	-Mujer	81(64,8)	20(69)	
	Edad(años)	44(37-52)	50(39,5-54)	0,229
	ASA			
	-I-II	41(32,8)	13(44,8)	0,221
	-III-IV	84(54,5)	16(55,2)	
	HTA	61 (48,8)	17(58,6)	0,341
	DM II	35 (28)	13(44,8)	<i>0,078</i>
	SAOS	67(53,6)	16(55,2)	0,878
Colelitiasis	20(16)	3(10,3)	0,441	
Reflujo preoperatorio	11(8,8)	13(44,8)	<0,001	
Patología hiatal/ esofagitis gastroscopia	24(19,5)	13(48,1)	0,002	
PARÁMETROS QUIRÚRGICOS	Balón intragástrico preoperatorio	25(20)	0	0,005
	IMC preoperatorio(kg/m²)	49(44,9-55,3)	42,7(39,6-46,4)	<0,001
	Hernia hiato intraoperatoria	8(6,4)	5(19,2)	0,034
	Hiatoplastia	8(6,4)	4(13,7)	0,106
	Esteatosis intraoperatoria			
	-No	39(33,3)	4(16)	0,023
	-Leve	45(38,5)	8(32)	
-Moderada/grave	33(28,2)	12(48)		
Conversión laparotomía	2(1,6)	1(3,4)	0,468	
Complicaciones intraoperatorias	0	1(3,4)	0,005	
PARÁMETROS POSTOPERATORIOS	Drenaje intraabdominal	13(10,4)	5(17,2)	0,236
	Duración cirugía(minutos)	100(80-125)	183(165-245)	<0,001
	Dindo-Clavien			
	-I-II	123(98,4)	26(89,7)	0,030
	-III	2(1,6)	2(6,9)	
	-IV	0	1(3,4)	
	Complicaciones postoperatorias:			
	-No	20(96)	27(93,1)	0,574
	-Sangrado	3(2,4)	1(3,4)	
	-Fuga	2(1,6)	1(3,4)	
	Estancia hospitalaria(días)	3(2,2-4)	4(3-5)	0,002
	Remisión HTA	31(50,8)	12(70,5)	0,398
	Remisión DMII	20(57,1)	11(84,6)	<i>0,095</i>
	Remisión SAOS	21(31,3)	11(68,7)	0,013
Reflujo postoperatorio				
-De novo	27(71,1)	1(50)	0,009	
-Persistente	11(28,9)	1(50)		
Cirugía revisional	11(8,8)	0	<i>0,082</i>	
%PTP				
-1ºmes	11,2(8,3-14,5)	10,53(8,3-13,4)	0,825	
-3ºmes	18,7(15,4-22,9)	20,52(13,7-24,1)	0,983	
-6ºmes	26,6(21,1-30,7)	26,4(21,4-29,7)	0,773	
-1ºaño	33,6(27,5-39)	34,2(31,7-39,1)	0,349	
-2ºaño	36,7(27,5-41,8)	36(27,3-41,8)	0,929	
-3ºaño	30,7(25,3-38,8)	39,2(29,6-42,3)	0,657	

La gráfica 1 muestra la evolución del peso en ambos procedimientos.

Conclusiones: La eficacia de la GVL y del BGPL como tratamiento primario de la obesidad mórbida fue similar, sin diferencias significativas en cuanto a pérdida de peso medida como %PTP a tres años. No obstante, parece existir una tendencia hacia la reganancia ponderal a partir del 2º año postoperatorio en el grupo de pacientes sometidos a GVL. En relación a la resolución de comorbilidades, el BGPL demostró mejores resultados, adecuándose a los límites establecidos por los estándares de calidad actualmente vigentes.

Aunque ambas técnicas se consideran seguras por sus bajos índices de morbilidad, el BGPL presentó mayor tasa de complicaciones intra y postoperatorias y una estancia hospitalaria más prolongada. Por su parte, la GVL precisó un mayor porcentaje de reintervenciones y peores resultados en relación a la resolución del reflujo y a la aparición de reflujo “de novo”.



O-066

¿Es una buena opción el bagua como cirugía revisional en la reganancia ponderal tras gastrectomía vertical? Comunicaciones médicas. Oral.

Fierro Aguilar, Alberto; Mayo Ossorio, M^a de Los Angeles; Bengoechea Trujillo, Ander; Pacheco García, José Manuel.
Hospital Universitario Puerta del Mar.

26/05/2022 18:30 Sala A

Objetivo: La reganancia ponderal es uno de los problemas a largo plazo de la Gastrectomía vertical. Hasta el momento actual el Bypass gástrico estándar era la opción más empleada como cirugía revisional sobre todo en los pacientes que presentan ERGE de Novo asociado. Presentamos nuestra experiencia en el empleo del BAGUA como cirugía de revisión en pacientes con reganancia ponderal y ERGE de Novo tras Gastrectomía vertical.

Material y método: Desde marzo de 2012 a enero de 2022 hemos realizando 396 gastrectomías verticales. De los pacientes que cumplían 5 años de seguimiento (Criterios de inclusión cumplir seguimiento anual en consulta de cirugía bariátrica y aceptar la cirugía revisional). 18 pacientes presentaron ERGE y dos de ellos (un hombre y una mujer) presentaron reganancia ponderal superior al 50%. Paciente 1: Mujer 50 años, GV hace 5 años (IMC inicial 51,2). Peso antes de cirugía revisional 115,7, IMC 49,5. Paciente 2, GV hace 4 años (IMC inicial 57,1): Hombre 43 años. Peso antes de la cirugía: 140 IMC 52,2. Ambos presentaban clínica de ERGE con phmetria positiva y esofagitis grado A de los Angeles.

Resultados: Tras comentar en comité multidisciplinar y firma del consentimiento informado, se les realizó Bypass gastrico de una anastomosis con asa biliar a 2 metros de ángulo de Treitz y con reservorio gástrico de unos 7 cm de longitud. Anastomosis mecánica con EndoGIA de 45 mm y cierre de gastroentostomosis con sutura barbada. Uno de los pacientes precisó recalibración y fundectomía por ensanchamiento de la manga gástrica.

Ninguno de los pacientes presentó complicaciones postoperatorias e iniciaron tolerancia a las 6 horas de la cirugía siendo dados de alta a las 48h con adecuada tolerancia oral. Al mes de la cirugía refieren desaparición de la clínica de reflujo, mantienen adecuada tolerancia oral, sin otra sintomatología y con adecuada pérdida ponderal (10 y 12 kg respectivamente). Al año de la cirugía permanecen asintomáticos respecto al reflujo y refieren episodios de diarrea ocasional relacionada con la ingesta de alimentos ricos en grasas. Ambos tienen adecuada pérdida ponderal con IMC de 29 en el caso de la paciente 1 y de 28,5 en el caso del paciente 2. El grado de satisfacción con la cirugía según la escala de BAROS es de 5 (muy bueno) en ambos casos.

Discusión: la reganancia ponderal y la ERGE son dos problemas frecuentes a largo plazo tras la GV, Tras el reconocimiento de la IFSO en 2020 de el BAGUA como técnica bariátrica primaria, nos planteamos la posibilidad de emplear dicha técnica en cirugía revisional en el caso de pacientes que tienen reganancia ponderal y ERGE, por sus características ya que tiene un componente malabsortivo y metabólico que favorece la pérdida ponderal y además soluciona la ERGE. Si bien los resultados de los pacientes que hemos intervenido son satisfactorios, se necesitaría realizar seguimiento a más largo plazo para confirmarlos.

P-032

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA Y CONVERSIÓN A BYPASS GÁSTRICO

Comunicaciones Médicas. Póster.

Giner Merino, Gema; Bravo Hernández, Jose Antonio; Pérez Legaz, Juan; Sánchez Romero, Ana; Tomás Martínez, Ana; Navarro Rodríguez, Jose Manuel; Marin Hargreaves, Guillermo Diego; Rey Riveiro, Monica Patricia; Argüelles, Brenda Gueraldine; Serrano Paz, Pilar.

Hospital Universitario del Vinalopó.

26/05/2022 11:00 Pantalla 2

Objetivos: La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es una de las técnicas bariátricas más realizadas en la actualidad, obteniendo resultados satisfactorios respecto a pérdida de peso y resolución de comorbilidades asociadas a la obesidad. Sin embargo, se ha relacionado con mayor incidencia postoperatoria de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Es importante descartar la existencia de ERGE en el estudio preoperatorio para seleccionar la técnica quirúrgica adecuada, así como durante el seguimiento tras GVL ya que el desarrollo de ERGE sin respuesta a tratamiento médico puede ser indicación de cirugía bariátrica de conversión. Presentamos el caso de un paciente intervenido de GVL que precisó cirugía de conversión a BPG por ERGE.

Material y métodos: Varón de 65 años diagnosticado de Obesidad Grado III (IMC 41.4), SAOS, HTA y DLP. Se realiza GVL sin incidencias siendo alta a los 3 días. A los 4 años de seguimiento y logrando pérdida de exceso de peso del 42%, comienza con clínica de ERGE. Se realiza endoscopia que objetiva esofagitis grado D de Los Ángeles. En TAC toraco-abdominal con contraste oral e i.v se identifica una hernia de hiato por deslizamiento. Tras tratamiento médico con IBP a altas dosis sin mejoría de la sintomatología se propone cirugía. Se realiza reducción de la hernia de hiato, cierre de pilares diafragmáticos y conversión de GVL a BGY. Tras 8 meses de seguimiento se encuentra asintomático y sin reganancia de peso.

Discusión:

Existen estudios a corto plazo tras GVL que no detectan ERGE de novo o incluso muestran mejoría, probablemente por la pérdida de peso conseguida y la disminución de la presión intraabdominal asociada. A largo plazo, sin embargo, hay trabajos que demuestran un aumento de la incidencia del reflujo. Como posibles causas se encuentran la reganancia de peso, el desarrollo de hernias hiatales de novo (como sucede en el caso presentado), causas mecánicas (torsión y/o estenosis gástrica) y anatomofisiológicas (alteración del mecanismo esfinteriano y antirreflujo, alteración de la distensibilidad gástrica). Se calcula una incidencia de reflujo "de novo" tras GVL del 10-20%. Y alrededor del 2-12% de pacientes intervenidos requerirán una segunda cirugía por ERGE severa.

Es frecuente que los pacientes obesos mórbidos presenten patología esofagogástrica que no siempre es sintomática, no obstante algunas guías clínicas de sociedades científicas (European association for Endoscopic Surgery; ASGE) no establecen con fuerte nivel de evidencia la realización de endoscopia y/o estudio radiológico contrastado en el manejo preoperatorio de la GVL. No existe tal controversia con las técnicas derivativas, como BGY o DBP, donde si se considera imprescindible descartar enfermedad en la región del tubo digestivo que quedará excluida tras la cirugía.

Conclusiones: La realización de una técnica quirúrgica bariátrica adecuada es probablemente el factor modificable más importante en la prevención y tratamiento de la ERGE. Debemos realizar un estudio preoperatorio adecuado para descartar dicha entidad. El BPG constituye en la actualidad la técnica de cirugía revisional más ampliamente aceptada en los pacientes con ERGE severo tras GVL y no mejoría tras manejo médico adecuado.

O-004

Estudio del reflujo biliar tras el bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA): resultados de una revisión sistemática y metaanálisis

Comunicaciones Médicas. Oral.

Balciscueta Coltell, Izaskun¹; Lorenzo Pérez, Javier¹; Castillo García, Encarna¹; Del Pino Porres, Javier¹; Zaldívar Escudero, Héctor¹; Martínez Ramos, Susana¹; Sebastián Fuertes, María¹; Iranzo Cabrera, Alejandra¹; Ballester Sapiña, Juan Blas¹; Balciscueta Coltell, Zutoia².

¹Hospital de la Ribera; ²Hospital Arnau de Vilanova.

25/05/2022 12:30 Sala A

Objetivos: El bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA) se ha convertido en una de las técnicas más empleadas en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida durante los últimos años. Este procedimiento parece ser una opción segura, pero estudios recientes han generado controversia sobre el riesgo asociado de reflujo biliar y las posibles complicaciones que se podrían desencadenar a largo plazo, como el riesgo de neoplasia esofagogástrica.

Material y métodos: Realizamos una revisión sistemática y metaanálisis según la metodología PRISMA, incluyendo todos aquellos artículos de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica mediante la técnica BAGUA que especificaran alguna de las variables de interés.

Resultados: Se incluyeron 14 estudios con un total de 5.166 pacientes. La tasa de prevalencia agrupada de reflujo biliar asociado a la técnica BAGUA fue del 5,01% (IC95%: 3,15-6,86), siendo la tasa de prevalencia de reflujo biliar en el reservorio gástrico del 4,56% (IC95%: 2,71-6,40) y en esófago del 0,56% (IC95%: 0,03-1,09). La tasa de prevalencia de reflujo biliar refractario a tratamiento médico y subsidiario de tratamiento quirúrgico fue del 0,3% (IC95%: 0,01-0,59). La tasa acumulada de síntomas de reflujo gastroesofágico (tanto de origen ácido como biliar) fue del 11,83% (IC95%: 7,93-15,72), de gastritis del 8,44% (IC95%: 5,22-11,66), de esofagitis del 7,69% (IC95%: 4,16-11,21) y de esófago de Barrett tras la técnica BAGUA fue del 0,08% (IC95%: -0,39-0,54). Además, la tasa de úlceras marginales y anastomóticas asociadas al procedimiento fue del 0,74% (IC95%: 0,20-1,28).

Conclusiones: El presente metaanálisis permitió analizar la prevalencia de reflujo biliar en los pacientes sometidos a la realización de la técnica BAGUA, así como también de los cambios histológicos asociados al mismo: gastritis, esofagitis, úlceras y esófago de Barrett.

V-026

Cuando la tecnología falla. Recursos técnicos en gastrectomía vertical Comunicaciones médicas. Vídeo.

López Otero, Marta; Maruri Chimeno, Ignacio; Otero Martínez, Isabel; Pardellas Rivera, María Hermelinda; González Fernández, Sonia; Jove Alborés, Patricia; Sánchez Santos, Raquel.
Hospital Álvaro Cunqueiro.

25/05/2022 18:30 Sala D

Objetivos: Mostrar cómo una cirugía considerada teóricamente sencilla puede presentar complicaciones técnicas intraoperatorias derivadas de un mal funcionamiento de los dispositivos tecnológicos empleados y qué recursos podemos emplear para subsanar dichos problemas.

Material y métodos: Presentamos en formato vídeo el caso de un paciente de 31 años con diagnóstico de obesidad mórbida y múltiples comorbilidades (DM, HTA, SAHS, artropatía por sobrecarga) además de una hernia umbilical de gran tamaño sin clínica obstructiva.

En nuestra primera valoración, remitido desde la consulta de endocrinología, el paciente, testigo de Jehová, presenta obesidad extrema (IMC 59 Kg/m²) y tras ser valorado en comité multidisciplinar y completar el estudio preoperatorio con una gastroscopia y ecografía abdominal, se propone como técnica bariátrica de elección una cirugía en dos tiempos iniciada con una gastrectomía vertical laparoscópica (GVL).

Resultados: Se realiza una GVL en marzo de 2022 sin corrección inicial de la hernia umbilical de tal forma que en paciente pueda beneficiarse de una técnica bariátrica que permita una pérdida de peso y la mejoría de sus comorbilidades y con el plan de corregir su defecto de pared y completar la cirugía bariátrica con una técnica malabsortiva en un segundo tiempo, con mayor facilidad técnica y menor riesgo de morbilidad perioperatoria.

Durante la intervención, con una duración de 105 minutos y realizada por un experto en cirugía bariátrica, tienen lugar varios fallos de la endograpadora, siendo preciso el cambio del tipo de cargas, del vástago e incluso de la propia grapadora, llegando a ser necesarios 12 disparos para completar la gastrectomía y finalizando la cirugía con una hemostasia exhaustiva de los bordes de sección y la invaginación del límite caudal de la manga gástrica.

El paciente inicia tolerancia progresiva y deambulación precoz 8h tras la cirugía dentro del protocolo fast-track. No presenta morbilidad postoperatoria y es dado de alta al tercer día de la intervención con seguimiento ambulatorio por parte de Cirugía y Endocrinología.

Conclusiones: La GVL se ha popularizado en la última década, se trata de la técnica de cirugía bariátrica más extendida a nivel mundial debido principalmente a su supuesta "simplicidad", pero son varias las dificultades que pueden surgir al realizar dicha intervención.

Es innegable la recomendación de elegir la técnica más apropiada para cada paciente desde una perspectiva multidisciplinar y recomendable que esta cirugía sea realizada por cirujanos expertos que podrán subsanar posibles fallos mecánicos al contar con un abanico más amplio de recursos técnicos disponibles. No debemos subestimar la complejidad potencial de una técnica aparentemente sencilla. No hay enemigo pequeño.

P-062

Obesidad mórbida y pared abdominal: un reto constante Comunicaciones médicas. Póster.

Guerra Lerma, Mikel; Errazti, Gaizka; Rodeño, Iratxe; Moro, Gerardo; Sendino, Patricia; Álvarez, Irene; Mifsut, Patricia; Kataryniuk, Yanina; Sarriugarte, Aingeru; Gutierrez, Oihane.
Hospital de Cruces.

26/05/2022 18:00

Objetivos: e introducción: La obesidad mórbida y los defectos de la pared abdominal, tanto hernias primarias como eventraciones, son patologías asociadas muy frecuentemente. Esto puede explicarse por la presión intraabdominal elevada y la disminución de la distensibilidad de la pared abdominal por la obesidad entre otros.

Estas hernias o eventraciones en estos pacientes presentan muchas veces un gran tamaño, siendo realmente un reto terapéutico ya que se trata de defectos crónicos con alteración progresiva de la fisiología de la pared abdominal, en muchos casos con atrofia de la musculatura y los elementos de la pared, así como de la piel, que dificultan su reparación.

Actualmente, el mejor enfoque terapéutico de los pacientes que precisen de cirugía bariátrica y concomitantemente presenten patología herniaria de la pared abdominal es aun aún tema a debate debido a la ausencia de una base de evidencia para el consenso. Por dicho motivo, durante los últimos años llevamos realizando un protocolo terapéutico en la pared abdominal compleja, que frecuentemente se encuentra asociada a obesidad mórbida.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 60 años con obesidad mórbida (IMC 41) que presenta una gran hernia epigástrica con cambios tróficos en la piel de larga data. Requiere de ingreso hospitalario por cuadro de obstrucción intestinal de origen herniario resuelto con tratamiento conservador.

Dadas las características de la paciente y la hernia se decide realizar un preacondicionamiento previo a una cirugía. Se realiza infiltración de musculatura oblicua abdominal con BOTOX (200UI) y Posteriormente a las 3 semanas se realiza pneumeriotoneo progresivo (1000cc aire/día) durante 10 días. Gracias a ello se consigue la reducción completa del contenido herniario.

Posteriormente se procede a realizar cirugía abdominal programada, donde se realiza gastrectomía vertical laparoscópica (calibrada sobre sonda de Faucher N°36) junto con colecistectomía, y realizando en el mismo acto quirúrgico hernioplastia abdominal tipo Rives con dermatolipectomía.

Resultados: La paciente presenta una buena evolución postoperatoria, siendo alta hospitalaria al 3º día postoperatorio con control por hospitalización a domicilio de los drenajes. La última revisión ha sido al 3er mes postoperatorio siendo la herida continente y con una pérdida de peso de 15kg desde la cirugía.

Conclusiones: La obesidad mórbida y los defectos de pared son dos entidades muy frecuentemente asociadas, siendo además un reto importante para el cirujano general. Por lo tanto, hay que llevar un abordaje integral de estos pacientes, muchas veces con un preacondicionamiento previo de cara a optimizar los resultados:

P-063

Nuestros primeros resultados en un hospital de segundo nivel

Comunicaciones médicas. Póster.

Moreno Serrano, Almudena; Yunta Abarca, Pedro; Estela, Luis Miguel; Martin Iglesias, David; Mayor, Felix; Sanchez, Rosa.

Hospital Virgen de la Luz.

26/05/2022 18:00 Pantalla 3

Introducción: En la obesidad mórbida, la cirugía es la única medida que ha demostrado una pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo, además de una reducción de la morbilidad y la mortalidad. Uno de los principales problemas a la hora de decidir la mejor técnica bariátrica. Elaboramos una vía clínica basada en la de la AEC donde incluimos dos técnicas: la gastrectomía vertical y el bypass, la elección de una y otra dependerá fundamentalmente de su IMC y comorbilidades.

Métodos: Estudio observacional de todos los pacientes intervenidos entre 2019 y 2022 en la Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca. El objetivo es valorar nuestros resultados y evaluar las complicaciones, teniendo en cuenta nuestra curva de aprendizaje.

Hemos intervenido un total de 17 pacientes, de los cuales 15 se le ha realizado bypass gástrico y dos gastrectomía vertical como técnica quirúrgica. La mayoría son mujeres, sólo dos son hombres. La edad media es de 46,4. El IMC medio de los pacientes a los que se realizó by pass gástrico es 45,4. De las pacientes a las que se realizó la gastrectomía vertical una tenía IMC 54 y otra 53. Por lo que respecta a las comorbilidades, la más frecuente es el SAOS(41%), DM(35%), HTA (25%), dislipemia (20%).

Para el by pass gástrico, el tiempo medio de intervención fue de 3h y 50 minutos y para la gastrectomía de 1h y 15 minutos.

La media de estancia hospitalaria ha sido de 4 días.

Como complicaciones intraoperatorias destacamos grapado de la sonda de Foucher que lo solucionamos de forma inmediata sin ninguna repercusión en el postoperatorio del paciente.

En el postoperatorio inmediato, tuvimos un hematoma en el orificio del trocar. Como complicación postoperatoria tardía, destacamos una colección intraabdominal de pequeño tamaño que se resolvió con tratamiento médico.

Destacamos como complicación más seria una fistula tras Gastrectomía vertical que requirió un ingreso prolongado tratándola en primer lugar con un drenaje percutáneo y antibioterapia durante 4 semanas y Posteriormente, un stent colocado endoscópicamente durante 8 semanas. Finalmente no precisó reintervención.

Como cirugía de revisión, sólo tenemos un caso de retirada de banda colocada en otro centro.

Discusión: A pesar del pequeño tamaño de nuestra serie y a las características de nuestro centro, nuestra curva de aprendizaje y tasa de complicaciones está siendo satisfactoria y comparable a las de otros centros con mayor volumen. No podemos obtener conclusiones en cuanto a nuestros resultados ya que se trata de muy pocos pacientes. Pero teniendo en cuenta la bibliografía seguiremos considerado el Bypass gástrico como la técnica Gold Standar que ofrece buenos resultados en cuanto a la pérdida ponderal.

P-049

Cirugía bariátrica y hernia incisional gigante. ¿Es factible el abordaje laparoscópico inicial? Comunicaciones médicas. Póster.

Fernández Galeano, Pablo; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Rodríguez Cañete, Alberto; Montiel Casado, Maria Custodia; Fernandez Aguilar, Jose Luis; Rivas Becerra, Jose; Santoyo Santoyo, Julio.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya.

26/05/2022 18:00 Pantalla 1

Introducción: El tratamiento de la hernia ventral en pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica es controvertido. Aunque el objetivo ideal es la pérdida de peso previo a la reparación herniaria, muchos pacientes no lo consiguen, entre otros motivos porque no tienen acceso a la cirugía bariátrica. Algunos autores defienden la reparación herniaria durante el mismo acto quirúrgico, evitando la necesidad de una segunda intervención y reduciendo el riesgo de incarceration intestinal.

Objetivo: Presentar un caso sobre el desafío de cirugía bariátrica y hernia ventral gigante.

Material y métodos: Paciente varón de 48 años intervenido de sigmoidectomía por adenocarcinoma de colon descendente con IMC de 38 kg/m². Fue evaluado en la Unidad de Pared abdominal por hernia ventral gigante proponiéndose pérdida de peso previo a la cirugía de la hernia. Se remitió a la Unidad Multidisciplinar de Cirugía Bariátrica con peso de 121 kg, IMC 40 y exceso de peso 45 kg, asociado a dos comorbilidades mayores (hipertensión arterial y diabetes tipo 2). En la exploración presentaba hernia laparotómica supraumbilical gigante con pérdida de derecho a domicilio y cambios tróficos en la piel inferior. El TC de abdomen mostró la presencia de gran hernia de pared abdominal anterior con orificio de 16 cm y saco herniario de 34x9 cm con contenido de asas intestinales. Se realizó gastrectomía vertical laparoscópica con punción directa con aguja de Veress en hipocondrio izquierdo, y colocación de trócares en hemiabdomen superior. El primer trócar fue alojado en hipocondrio derecho para visualizar la cavidad abdominal y permitir el posicionamiento del resto de puertos de trabajo. Se pudo completar el procedimiento sin incidencias. A los 18 meses de seguimiento presentó pérdida del 55% del exceso de peso con IMC de 30 kg/m² por lo que se decidió realizar eventroplastia por la Unidad de Cirugía de Pared con técnica de separación Posterior de componentes (TAR) reduciendo el contenido de intestino delgado y colon. La reparación de la pared se completó con doble malla BioA y polipropileno.

En la última revisión realizada 24 meses después de la cirugía bariátrica presentaba peso de 87 kg, IMC 28 y pérdida de 76 % del exceso de peso. Se realizó TC de pared abdominal que comprobó ausencia de recidiva herniaria.

Discusión: Los pacientes obesos con frecuencia tiene hernias de pared abdominal complejas y tiene mayor predisposición a infección de herida y de recidiva herniaria. Se debe evaluar de forma minuciosa la presencia de síntomas asociados a la hernia y el riesgo de complicaciones para decidir realizar reparación simultánea o diferida.

Conclusiones: Aunque la recomendación es la reparación simultánea de hernias ventrales en el mismo acto quirúrgico que el procedimiento bariátrico cuando dentro del saco herniario hay vísceras incarcerationadas, en los casos de hernias de gran volumen puede diferirse su tratamiento hasta optimizar la pérdida de peso. El abordaje laparoscópico es el procedimiento de abordaje recomendado y la gastrectomía vertical la técnica que evita la manipulación de las asas intestinales incluidas en el saco.

P-050

Bypass gástrico laparoscópico en Y de roux, ¿anastomosis circular o lineal?. Nuestra experiencia **Comunicaciones médicas. Póster.**

Soriano Giménez, Victor¹; Navarro Duarte, Juan Carlos¹; García Zamora, Cristina¹; González Valverde, Miguel²; Tamayo Rodriguez, Marien²; Del Valle Ruiz, Sergio²; Frutos Bernal, María Dolores³; Mayol Villescás, María Ángeles¹; Hidalgo Pérez, Paloma Victoria¹; García Zamora, Josefa⁴.

¹Hospital Universitario Rafael Méndez; ²Hospital General Universitario Reina Sofía; ³Hospital universitario Virgen de la Arrixaca; ⁴Hospital Universitario Santa Lucía.

26/05/2022 18:00 Pantalla 2

Introducción: y objetivo: La cirugía bariátrica (CB) es actualmente el único tratamiento efectivo a largo plazo para la obesidad mórbida. Siendo el bypass gástrico laparoscópico una de las técnicas de elección para el tratamiento quirúrgico de la obesidad, ya que presenta una baja morbilidad, es reversible y consigue una pérdida ponderal del 60-70% del sobrepeso a largo plazo.

El Bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux (BGR) admite diversas técnicas en la anastomosis gastroyeyunal como son la anastomosis circular con endograpadora de 21 mm y la anastomosis latero-lateral con endograpadora lineal.

El objetivo es la valoración del porcentaje de estenosis en la Anastomosis circular con respecto a la lineal en nuestro centro.

Material y método: Se ha realizado una revisión de los pacientes intervenidos de obesidad mórbida mediante BGR desde octubre de 2018 hasta noviembre de 2021, con ambos tipos de anastomosis, circular y lineal, en el hospital universitario Rafael Méndez de Lorca.

La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal fue sospechada ante la clínica de regurgitaciones y vómitos postprandiales asociado o no a epigastralgia. Fue confirmada la estenosis mediante gastroscopia, y tratada mediante dilatación neumática con balón de 10-15 mm durante 1 min.

Resultados: De un total de 19 pacientes intervenidos mediante BGR, en 7 pacientes se realizó anastomosis circular de 21 mm, y 12 con anastomosis latero-lateral con endograpadora lineal.

2 de los pacientes con anastomosis circular sufrieron estenosis de la misma, siendo resueltas ambas mediante dilatación endoscópica sin complicaciones posteriores. Uno de los pacientes precisó de 2 dilataciones endoscópicas.

Cabe destacar una incidencia del 0% en las anastomosis latero-lateral realizadas con endograpadora lineal.

Conclusiones: La cirugía bariátrica se ha convertido en la técnica más popular para el tratamiento de la obesidad mórbida, siendo muy baja su morbilidad gracias a la cirugía mínimamente invasiva, protocolos estandarizados y unidades multidisciplinarias para el tratamiento de la obesidad.

Una de las complicaciones reportadas más frecuentes en el BGR es la estenosis de la anastomosis gastroyeyunal.

Aunque la anastomosis con endograpadora circular es una técnica segura y reproducible, presenta una incidencia no desdeñable de estenosis entre 11%-14% en la bibliografía revisada.

Dados los resultados en nuestro centro y unidad de cirugía bariátrica, optamos por una anastomosis latero-lateral lineal, aunque recomendamos conocer sendas técnicas a todo cirujano dedicado a la cirugía bariátrica y metabólica.

V-011

Gastropexia de Hill como tratamiento del reflujo gastroesofágico persistente tras bypass gástrico Comunicaciones médicas. Vídeo.

Fernández Fernández, Clara; Gómez Rodríguez, M^a Pilar; Lavín Montoro, Lucía; Carmona Gómez, Victoria; González Martín, Rosa; Pérez Zapata, Ana Isabel; Alegre Torrado, Cristina; Rodríguez Cuéllar, Elías; De La Cruz Vigo, Felipe; Ferrero Herrero, Eduardo.

Hospital Universitario 12 de Octubre.

25/05/2022 15:30 Sala D

Objetivos: La gastrectomía vertical (GV) se ha asociado a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en relación con el aumento de la presión intragástrica o de la disrupción de la membrana frenoesofágica. El bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) es, a día de hoy, la técnica de cirugía bariátrica de elección en pacientes con ERGE. La gastropexia a la fascia preaórtica o técnica de Hill se ha descrito como tratamiento de pacientes con ERGE o hernia hiatal sometidos a GV, no pudiendo realizarse una funduplicatura al involucrar esta técnica la resección del fundus gástrico.

Nuestro objetivo es la descripción de la técnica quirúrgica de la gastropexia de Hill como alternativa terapéutica en una paciente previamente intervenida mediante GV inicial y BGYR como cirugía de revisión, con ERGE resistente al tratamiento médico.

Material y métodos: Mujer de 33 años con antecedente de obesidad mórbida intervenida mediante GV reconvertida a BGYR tras nueve años por ERGE refractario a tratamiento médico con inhibidores de la bomba de protones a dosis plenas (Esomeprazol 40 miligramos cada 12 horas).

En la manometría esofágica de alta resolución se hallazgos compatibles con un trastorno motor tipo peristalsis ineficaz posiblemente asociado a reflujo gastroesofágico favorecido por la presencia de una hernia de hiato.

Se realiza pHmetría doble esofagogástrica basal con RGE ácido patológico tanto en bipedestación como en supino pero con marcado predominio en supino, lo que podría sugerir un componente de la leve hipomotilidad esofágica objetivada y también posiblemente de la presencia de hernia de hiato como factores que contribuyen a la ERGE, con índice sintomático positivo del 100%.

En la gastroscopia se observa esofagitis grado B de Los Ángeles y hernia de hiato por deslizamiento de 4 centímetros.

Resultados: Se decide intervención quirúrgica por vía laparoscópica. Se objetivan múltiples adherencias perihepáticas y una importante hernia de hiato, observándose prácticamente todo el reservorio gástrico ascendido a tórax. Tras realización de adhesiolisis y liberación del reservorio ascendido y del esófago distal se localiza mediante gastroscopia intraoperatoria la unión gastroesofágica y se realiza gastropexia de Hill mediante sutura del reservorio gástrico al pilar diafragmático derecho, previo cierre de los pilares diafragmáticos.

Conclusiones: La gastropexia de Hill laparoscópica es una alternativa terapéutica factible y con buen resultado clínico en pacientes con reflujo gastroesofágico persistente a pesar de haber sido sometidos a bypass gástrico tras gastrectomía vertical por obesidad mórbida.

V-048

Bypass gástrico en paciente con antecedentes de pancreatometomía corporocaudal sin preservación esplénica complicada con fístula y 2 ERCP **Comunicaciones Médicas. Vídeo.**

Cabau Talarn, Claudia¹; Vilallonga, Ramon¹; Herms, Dani¹; Sánchez Cordero, Sergi²; Sorto, Hernán²; Acevedo, Danilo².

¹Hospital Universitari Vall d'Hebrón; ²Centro Médico Teknon.

26/05/2022 18:30 Sala D

Antecedentes: El bypass gástrico en Y de Roux es una de las técnicas actualmente más realizadas y reconocidas, tanto a nivel de resultados como de seguridad. Es una técnica bien conocida, de dificultad técnica moderada, aunque es cierto que ciertos antecedentes personales del paciente, como cirugías previas y sus complicaciones, así como detalles anatómicos derivados de éstas, pueden dificultar de forma importante su realización y acarrear un incremento en la morbimortalidad. Se presenta un vídeo de una cirugía de Bypass gástrico en una paciente con antecedentes de pancreatometomía corporocaudal sin preservación esplénica complicada con fístula y 2 ERCP.

Caso clínico: Se presenta a una paciente de 57 años de edad con antecedentes de pancreatometomía corporocaudal sin preservación esplénica, complicada con fístula y que requirió en dos ocasiones ERCP. Actualmente con peso de 146kg, con un IMC de 46kg/m². Se decide revisión quirúrgica y planteamiento de bypass gástrico.

Paciente en posición de Trendelemburg. Se usaron 6 trócares, con previsión de la localización anatómica que probablemente requeriría mayor dificultad. Se empieza la con un trocar óptico y uno de trabajo a nivel de fosa ilíaca izquierda por adherencias. Se realiza adhesiolisis masiva de toda la laparotomía previa y del hipocondrio izquierdo, donde podemos observar las adherencias con un hígado esteatósico, el colon transversal y el epiplón. Se realiza la liberación de ángulo esplénico y colon transversal para mejorar la visibilidad. Podemos observar la gran dificultad técnica que comporta la disección cuidadosa del estómago, así como las alteraciones anatómicas debido a la ausencia pancreática y esplénica. Se realiza el pouch de manera compleja por las adherencias Posteriores. Se realizó un bypass convencional con adhesiolisis de la parte proximal yeyunal, y anastomosis gastroentérica y entero-entérica, así como cierre de defectos. La paciente tuvo un postoperatorio favorable y fue dada de alta a los tres días.

Discusión: La cirugía de bypass gástrico en Y de Roux es una de las técnicas más conocidas y realizadas en el momento actual en cirugía bariátrica, tanto por sus resultados como por su nivel de seguridad. Ciertos aspectos, como la anatomía postoperatoria en caso de pacientes previamente operados de cirugía hepatobiliopancreática, como el caso previamente presentado, pueden aumentar de forma importante la dificultad técnica o incluso obligarnos a plantear otro tipo de técnica. En pacientes en los cuáles esta cirugía puede suponer un reto técnico, se considera fundamental una buena planificación quirúrgica preoperatoria, así como una importante destreza técnica y manual, así como la previsión de posibles complicaciones y dificultades técnicas añadidas.

P-051

Factores de riesgo para la cirugía revisional tras gastrectomía vertical laparoscópica: análisis tras 10 años de seguimiento

Comunicaciones médicas. Póster.

Mohamed Chairi, Mohamed Hassin; Mogollón González, Mónica; Triguero Cabrera, Jennifer; Arteaga Ledesma, Maria; Álvarez Martín, María Jesús; Villar Del Moral, Jesús María.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

26/05/2022 18:00 Pantalla 2

Objetivos: Evaluar la frecuencia de cirugía revisional (CR) tras gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) en una serie de pacientes tras 10 años de seguimiento, así como las indicaciones y factores de riesgo de la misma.

Material y métodos: Estudio observacional y unicéntrico realizado sobre una cohorte de pacientes sometidos a GVL entre enero 2012-diciembre2021. 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: 125 pacientes sometidos a GVL fueron incluidos en el estudio, de los cuales 13(10,4%) precisaron CR. El reflujo gastroesofágico (11casos) y la pérdida insuficiente de peso/reganancia ponderal (2 casos) fueron las indicaciones más frecuentes. Todos los pacientes presentaron una dilatación completa del tubo gástrico y la técnica quirúrgica realizada fue el bypass gástrico proximal en Y de Roux mediante abordaje laparoscópico. El tiempo mediano transcurrido hasta la realización de la CR fue de 54(36-72) meses y el IMC mediano antes de la CR de 48,55 (42,2-53,27) kg/m^2 .

Las principales variables analizadas para el estudio de factores de riesgo vienen expresadas en la siguiente tabla:

		CIRUGÍA REVISIONAL		
		SI (n=13)	NO (n=112)	p
PARÁMETROS PREOPERATORIOS	Género -Varón -Mujer	4(30,8%) 9(69,2%)	40(35,7%) 72(64,3%)	0,724
	Edad(años)	50(42,5-56)	44(37-52)	<i>0,098</i>
	ASA -I-II -III-IV	2(15,4%) 11(84,6%)	39(34,8%) 73(65,2%)	0,218
	HTA	9 (69,2%)	52(46,4%)	0,119
	DM II	7 (53,8%)	28(25%)	0,046
	SAOS	8(61,5%)	59(52,7%)	0,284
	Reflujo preoperatorio	1(7,7%)	10(8,9%)	0,882
	Patología hiatal/ esofagitis EDA	3(23,1%)	21(19,1%)	0,653
	Tipo obesidad -Ginecoide -Androide -Mixta	3(30%) 7(70%) 0	27(30,3%) 53(59,6%) 9(10,1%)	0,556
PARÁMETROS QUIRÚRGICOS	Esteatosis hepática	8(61,5%)	68(66,7%)	0,713
	IMC preoperatorio(kg/m ²)	48(45-59)	49(44,8-54,9)	0,616
	Balón intragástrico	2(15,4%)	23(20,5%)	0,660
	Hiatoplastia	1(7,7%)	7(6,3%)	0,420
	Distancia píloro primera carga (cm)	6(4-7)	4(3-6)	0,001
PARÁMETROS POSTOPERATORIOS	Calibrado Foucher -32F -34F -36F -38F	4(30,8%) 3(23,1%) 6(46,2%) 0	16(14,3%) 8(7,1%) 37(33%) 51(45,5%)	0,008
	Conversión laparotomía	0	2(1,8%)	0,709
	Duración cirugía(min)	110(87-150)	100(80-127)	0,346
	Dindo-Clavien -I-II -III-IV	13(100%) 0	110(98,2%) 2(1,8%)	0,627
	Estancia hospitalaria(días)	3(2-4)	3(2,2-4)	0,945
	Reflujo postoperatorio	11(84,6%)	27(24,1%)	<0,001
	Remisión DMII	4(57,2%)	16(57,1%)	0,703
	Remisión HTA	4(44,4%)	27(51,9%)	0,742
	Remisión SAOS	1(12,5%)	20(33,9%)	0,265
	%Peso Total Perdido 1 ^o mes 3 ^o mes 1 ^o año 2^oaño 3 ^o año 5 ^o año	11(7-11,7) 20(17,5-28) 28(21,6-38) 26,9(17-34) 26,8(17-36) 24,7(13-35)	11(8,3-14,6) 18,5(15-22,8) 33,8(27-39,8) 38(28,9-43) 30,9(26,5-40) 16,6(12-29,2)	0,563 0,447 <i>0,086</i> 0,009 0,254 0,602

Conclusiones: El auge de la GVL en los últimos 20 años ha condicionado un aumento de la CR, por lo que el fracaso de dicha técnica presenta un problema actual desafiante para los cirujanos bariátricos. El reflujo postoperatorio y la pérdida inadecuada de peso/reganancia ponderal se postulan en nuestra serie como las principales causas de CR. Según nuestros resultados, una edad más elevada y la presencia de diabetes, podrían ser factores preoperatorios predictores de fracaso tras GVL. La mayor distancia al píloro para realizar el primer disparo y el uso de sondas de calibración más estrechas son consideraciones técnicas a tener en cuenta que pueden favorecer la necesidad de una futura reintervención.

P-033

Hernia de Petersen complicada. Torsión de asa alimentaria Comunicaciones médicas. Póster.

Martín Paniagua, Leticia; García Sánchez, Felipe; Gómez Herrera, Juan Jesús; Broekhuizen Benitez, Javier; Cano Pecharromán, Esther María; Esmaili Ramos, Mahur; Mesa Ruiz, M^a Inmaculada; García Aparicio, Mónica; Ortega Ortega, Elena; Balsa Marín, Tomás.

Hospital Nuestra Señora del Prado.

26/05/2022 11:00 Pantalla 2

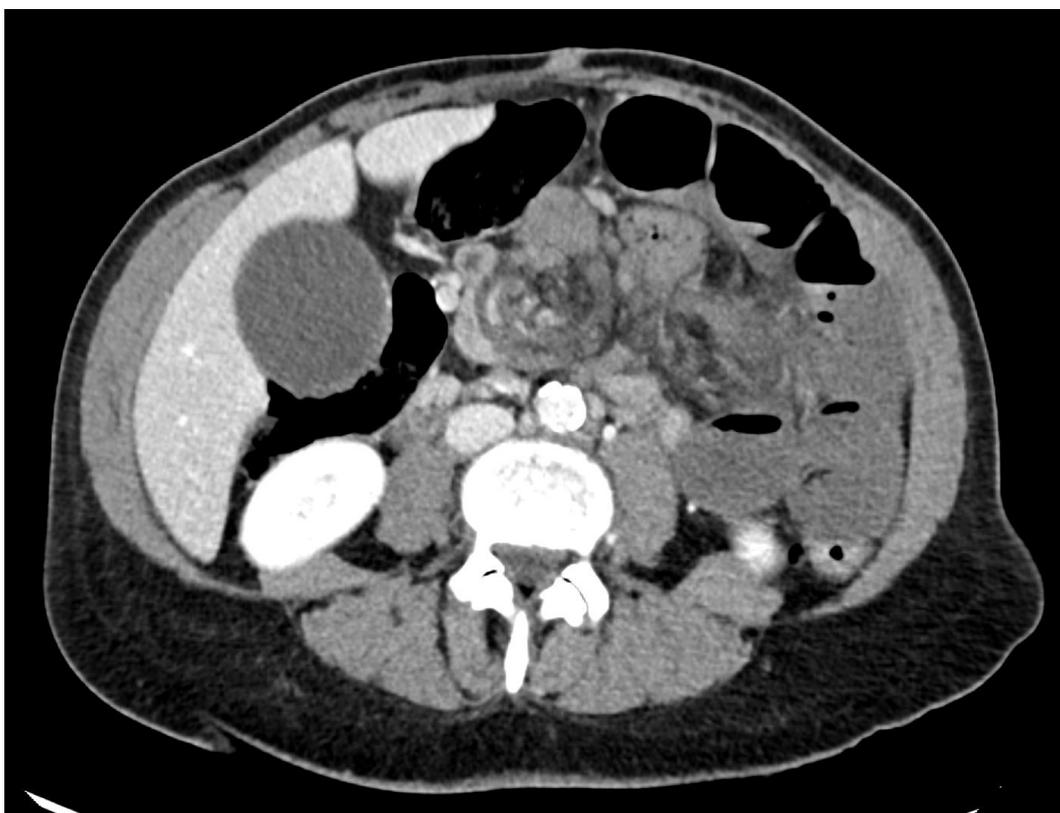
Objetivos: El Bypass gástrico en Y de Roux es la técnica quirúrgica más utilizada en el tratamiento de la obesidad. Una de las complicaciones más temidas a largo plazo de esta cirugía, es la obstrucción por hernia interna, siendo una de ellas la del espacio de Petersen, que es el espacio que queda detrás del asa ascendida al compartimento supramesocólico ante cólica y el mesocolon transverso. Es más frecuente en la cirugía laparoscópica y tiene relación con la pérdida de peso al reducir la grasa intraperitoneal, que, a su vez conduce a una ampliación posterior de los defectos mesentéricos creados quirúrgicamente, por lo que suele tener lugar años después de dicha intervención. La clínica es inespecífica, la analítica puede ser normal y en la radiografía puede no haber signos de obstrucción intestinal por lo que siempre debemos tener en cuenta este diagnóstico ante un paciente con antecedente de bypass gástrico que acude a urgencias por dolor abdominal asociado a algún dato de alarma. El objetivo de esta comunicación es exponer un caso clínico típico de esta patología y cómo fue su manejo.

Material y métodos: El caso clínico que se expone trata de una mujer de 54 años con antecedente de bypass gástrico por cirugía bariátrica hace 11 años que acude a la urgencia por dolor abdominal localizado en mesogastrio con irradiación a flanco derecho tipo cólico, de unos 2 días de evolución. Asocia náuseas y 2 vómitos escasos junto con expulsión de abundantes gases por vía superior. Había presentado clínica similar en ocasiones previas pero de menor intensidad. Analítica anodina, radiografía de abdomen con dilatación de asas de intestino delgado en flanco izquierdo. TAC de abdomen donde se visualiza signo del remolino con torsión de vasos mesentéricos y datos de isquemia intestinal.

Resultados: Abordaje inicial laparoscópico evidenciando asas de intestino delgado con signos de sufrimiento intestinal, comprobándose hernia interna por orificio de asa alimentaria de yeyuno (espacio de Petersen). Se convierte a laparotomía media supraumbilical donde se evidencia torsión completa de asa alimentaria, anastomosis de pie de asa y segmento proximal de asa común. Se evidencia isquemia completa de todo el asa alimentaria que se reseca (140cm). Se realiza nuevo bypass transmesocólico, con anastomosis de pie de asa isoperistáltica, dejando asa común de 250cm.

Conclusiones:

- La hernia de Petersen es una complicación tardía del Bypass gástrico. Es más frecuente en cirugía laparoscópica, con elevación del asa ante cólica, y tras la pérdida de peso
- La clínica es inespecífica por lo que siempre debemos tener en cuenta esta complicación ante un paciente que acude a urgencias con vómitos, dolor abdominal, distensión abdominal, datos de inestabilidad o sepsis y antecedente de cirugía bariátrica.
- Se debe realizar un TAC urgente para descartar hernia interna ante este tipo de pacientes
- Las consecuencias a veces pueden ser fatales con isquemia intestinal y necesidad de reseca el segmento afecto.
- El tratamiento es la intervención quirúrgica urgente



O-013

Programa de alta precoz en cirugía bariátrica: experiencia inicial y grado de satisfacción de los pacientes Comunicaciones médicas. Oral.

Puértolas, Noelia¹; Sobrerrera, Laura¹; Martinez, Mireia¹; Rodriguez-Santiago, Joaquin¹; Pérez, Noelia²; Balague, Carme¹; Delgado, Salvadora¹.

¹Hospital Mutua; ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

25/05/2022 15:30 Sala A

Introducción: El manejo perioperatorio de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica ha ido evolucionando en las últimas décadas. Las mejoras en los cuidados perioperatorios junto con una mayor seguridad de los procedimientos han proporcionado un mayor interés por los programas de recuperación precoz. El alta a las 24 horas en estos pacientes ha demostrado una mejor recuperación sin aumentar las tasas de complicaciones en diversos grupos de trabajo.

Objetivo: Elaborar y analizar los primeros resultados de un protocolo de alta a las 24 horas para valorar su factibilidad y el grado de satisfacción en pacientes seleccionados.

Métodos: Los criterios de inclusión incluían: cirugía primaria de sleeve o bypass, paciente < 60 años, IMC < 50, sin comorbilidad grave asociada (ASA I-II), que aceptara la entrada en el programa previamente a la cirugía, residencia a menos de una hora del hospital, acceso telefónico, acompañamiento por otro adulto responsable y comprensión correcta del proceso y las posibles complicaciones.

Los criterios de alta a las 24 horas que se establecieron fueron; ausencia de complicaciones durante la cirugía, frecuencia cardíaca inferior a 100, temperatura axilar < 37°C, no nauseas o bien toleradas con antieméticos orales, tolerancia a líquidos, correcta movilidad, dolor bien controlado y heridas sin signos flogóticos, si se dejó drenaje durante la cirugía, débito inferior a 150.

A las 48 horas se realizó una visita por el equipo de hospitalización a domicilio para valorar constantes, dolor, nauseas o vómitos, fiebre y tolerancia oral.

Evaluación clínica por el equipo de cirugía a la semana dónde se entregó una encuesta elaborada por nuestro comité para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes.

Resultados: Desde agosto de 2021 hasta marzo de 2022 se han realizado un total de 81 cirugías bariátricas de la cuales 21 (26%) han sido en régimen de alta precoz a las 24 horas. La media de edad fue de 44,4, con un IMC medio de 42,6. 9 pacientes (43%) sin comorbilidades; HTA: 8 pacientes (38%); SAHS portadores de CPAP: 4 (19%) y síndrome metabólico; diabéticos no insulino dependientes, HTA, DLP y SAHS: 2 (9,5%). El tipo de cirugía fue: 16 (76,2%) Sleeves y 5 (25,8%) Bypass. Un paciente (4,7%) presentó infección de herida que requirió desbridamiento. Ningún caso de reingreso en los siguientes 30 días al alta. El grado de satisfacción global mostró puntuaciones superiores a 8 y el 100% de los pacientes recomendarían el programa de alta precoz.

Conclusión: Los criterios establecidos en nuestro programa de alta precoz en cirugía bariátrica son factibles y presentan una buena aceptación en pacientes seleccionados tras la información adecuada durante todo el proceso.

O-014

Estudio comparativo de la mejora de la esteatohepatitis y de la fibrosis hepática mediante fibroscan y biopsia hepática en obesos diabéticos y no diabéticos intervenidos Comunicaciones médicas. Oral.

Ocaña Wilhelmi, Luis; Fernández, Marina; García Cortés, Miren; Arranz, Isabel; Soler Humanes, Rocío; Fernández Serrano, José Luis; Alcaide, Juan; Morales García, Dieter; Cuba Castro, José Luis; Garrido, Lourdes.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria.

25/05/2022 15:30 Sala A

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. El Fibroscan, que mide la fibrosis y el grado de severidad de la enfermedad hepática, ayuda en el conocimiento de la evolución de la misma en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. La mejora puede ser diferente en pacientes diabéticos de los que no lo son.

OBJETIVO: El objetivo del presente estudio fue realizar un estudio de fibroscan antes y después de la cirugía, en 30 pacientes obesos con distinto grado de enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA), la mitad de ellos diabéticos, sometidos a cirugía bariátrica y a los que se tomó biopsia hepática.

Material y métodos: Los pacientes incluidos en este estudio fueron reclutados para una intervención de gastrectomía vertical laparoscópica en nuestro Hospital en el año 2021, 15 de ellos diabéticos y 15 no diabéticos. El diagnóstico de la EHGNA se realizó mediante análisis histopatológico de biopsias hepáticas obtenidas durante la intervención quirúrgica. A los pacientes se les realizó un Fibroscan antes de la intervención quirúrgica y a los seis meses de la misma. El análisis estadístico de los resultados obtenidos fue realizado con el programa SPSS 22.0, comparando los pacientes diabéticos con los no diabéticos.

Resultados: Los resultados obtenidos de las biopsias hepáticas, que utiliza cinco técnicas diferentes para el análisis histopatológico, reveló una afectación parecida en las dos cohortes estudiadas, pacientes diabéticos y no diabéticos. El estudio de Fibroscan, que mide el grado de fibrosis y la afectación hepática clasificándolos en grados y medidos en kilopascales, era igualmente similar en ambos grupos, previo a la intervención quirúrgica. Sin embargo, al repetir la prueba a los seis meses de la intervención quirúrgica y aunque no llegó a ser estadísticamente significativo, sí destacaba una mayor recuperación del tejido hepático en los pacientes no diabéticos, independientemente de la pérdida ponderal y de la mejora de las comorbilidades.

Conclusiones: La cirugía bariátrica ha demostrado, por encima de las intervenciones nutricionales y del ejercicio físico o del tratamiento médico, una superioridad en la mejora de las comorbilidades y en la pérdida ponderal mantenida, así como en la esperanza de vida en los pacientes obesos mórbidos intervenidos. Una de las comorbilidades que más concitan nuestra atención, la auténtica "quinta comorbilidad", es la esteatohepatitis no alcohólica, que ya empieza a ser la principal causa de trasplante hepático en Estados Unidos. Pruebas como el Fibroscan o la Biopsia Hepática sistemática, nos ayudan a valorar mejor esta enfermedad y a conocer su evolución tras la Cirugía Bariátrica. Según nuestro estudio, la mejoría hepática es más acusada en los pacientes no diabéticos, frente a los diabéticos. Concluimos que este puede ser otro motivo para priorizar las intervenciones en los diabéticos, y no esperar a que el daño hepático sea irrecuperable.

O-028

Factores asociados de reintervención en cirugía bariátrica Comunicaciones médicas. Oral.

Campo Betancourth, Carlos Felipe; Estrada Caballero, José Luis; Ortiz Sebastián, Sergio; Carbonell Morote, Silvia; Gomis Martín, Álvaro; Duque, Xiomara; Coronado De Frías, Olga; Cárdenas Jaén, Karina; Ramia Ángel, José Manuel.
Hospital General Universitario.

25/05/2022 18:30 Sala A

Introducción: La cirugía bariátrica es una técnica compleja, no exenta de complicaciones, en la que paradójicamente los pacientes que más se benefician de la cirugía, que padecen mayores comorbilidades previas (súper-obesidad, tabaquismo, diabetes, cardiopatía, apnea del sueño, edad avanzada, etc), son los que asocian mayores complicaciones postoperatorias. Es importante conocer el riesgo de morbilidad postoperatoria y de reintervención quirúrgica en los pacientes intervenidos de cirugía de obesidad en nuestro medio. Objetivo: Evaluar los factores asociados a la reintervención quirúrgica postoperatoria precoz en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica primaria (bypass gástrico (BPG) y gastrectomía vertical (GV)), en un centro de referencia.

Materiales y métodos: estudio unicéntrico, observacional, de cohortes, retrospectivo. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años, sometidos a BPG y GV, desde enero/2008 hasta noviembre/2021. Se realizó un análisis descriptivo clínico-demográfico univariante entre las reintervenciones quirúrgicas precoces y la técnica quirúrgica, edad, sexo, comorbilidad previa, IMC, complicaciones postquirúrgicas y estancia hospitalaria. Posteriormente se realizó un análisis multivariante con las variables que presentaron diferencias significativas.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes reintervenidos precozmente (RIQx) de un total de 969 pacientes sometidos a cirugía bariátrica primaria, 608 BPG y 361 GV. La tasa de reintervención global fue de 3.6%, 19 (3.1%) pacientes con BPG y 16 (4.4%) con GV, $p=0.29$. Los pacientes RIQx tenían una edad de 50a (RIQ:40-55) vs 47a (RIQ:39-55) en los no reintervenidos (No-RIQx), $p=0.70$. Veintidós (62.9%) fueron mujeres. El IMC inicial fue de 50.4kg/m² (RIQ:44.4-54.9) vs 48.7kg/m² (RIQ:44.8-54.1), $p>0.05$, respectivamente. No se encontraron diferencias con respecto a los antecedentes patológicos de ambos grupos (HTA, DM-II, SAOS, DLP, cardiopatía, tabaquismo, cirugía previa, anticoagulación o antiagregación), $p>0.05$. En el análisis univariante se encontró una relación directa entre ciertas complicaciones postoperatorias (HDA, hemoperitoneo por cualquier causa, fístula de línea de grapado / fuga anastomótica G-Y, infección de la herida, oclusión intestinal y absceso intraabdominal), así como el mayor tiempo operatorio, con la posibilidad de ser sometido a una reintervención precoz, $p<0.05$. Después de realizar el análisis multivariante, encontramos como factores asociados independientes de la reintervención quirúrgica tras cirugía bariátrica a la presencia de: hemoperitoneo (OR:73.9 - IC-95%:11.8-460.5), fístula de línea de grapado / fuga anastomótica G-Y (OR:32.4 - IC-95%:2.9-351.9), infección de herida (OR:17.5 - IC-95%:5.1-59.9) y absceso intraabdominal (OR:17.4 - IC-95%:2.9-101.6). La estancia hospitalaria de los pacientes reintervenidos fue mayor, 9 días (RIQ:7-18) vs 4 días (RIQ:3-5), $p<0.001$. Sólo hubo un caso de muerte precoz en el BPG-1º.

Conclusiones: En nuestro centro encontramos que los factores asociados a una reintervención quirúrgica precoz tras cirugía bariátrica primaria fueron el hemoperitoneo, la fístula de línea de grapado / fuga anastomótica G-Y, la infección de herida y el absceso intraabdominal postoperatorio. No hemos encontrado factores relacionados preoperatorios para la reintervención ni su asociación con la técnica quirúrgica empleada.

O-045

¿Está justificada la endoscopia preoperatoria de forma sistemática en la cirugía bariátrica? Comunicaciones Médicas. Oral.

Fernandez Galeano, Pablo; Fernandez Aguilar, Jose Luis; Moreno Ruiz, Javier; Rodriguez Cañete, Alberto; Montiel Casado, Maria Custodia; Perez Rodriguez, Rosa; Santoyo Santoyo, Julio.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya.

26/05/2022 09:00 Sala A

Objetivos:

El objetivo principal de este estudio es analizar la eficiencia de la endoscopia digestiva alta preoperatoria en la indicación de la técnica quirúrgica bariátrica.

Material y métodos:

Se analizaron de forma retrospectiva un total de 164 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en un Hospital de tercer nivel entre Enero de 2016 y Diciembre de 2019, a los cuales se les realizó de forma sistemática un EDA preoperatoria. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, IMC), sintomatología preoperatoria, hallazgos endoscópicos y repercusión en indicación quirúrgica. Para la recogida y análisis de datos se empleó la herramienta SPSS 15.0.

Resultados:

La edad media de nuestros pacientes fue de 46 años con un rango de 25 a 64 años. Se intervinieron un total de 111 mujeres (67,7%) y 53 hombres (32,3%). El IMC medio fue de 49,4 Kg/m² con un rango de 35 a 70 Kg/m².

En cuanto a la sintomatología preoperatoria; 27 pacientes presentaban algún síntoma (16,5%). 22 pacientes presentaban clínica de pirosis (13,4%), 14 pacientes síntomas compatibles con regurgitación (8,5%) y 8 pacientes clínica de dispepsia (4,8%).

Se indicaron, de forma previa a la realización de EDA, 129 GV (78,6%) y 35 BGY (21,3%).

La EDA fue normal en el 45,2% de los casos (74 pacientes) y patológica en el 54,8% (90 pacientes). La presencia de síntomas preoperatorios no mostró una asociación estadísticamente significativa con hallazgos patológicos en la EDA.

El hallazgo más frecuente fue la presencia de gastritis, presente en 43 pacientes (26%). Se evidenció una hernia de hiato en 16 pacientes (9,7%), un esófago de Barret en 7 (4,2%), úlcera en 10 (6%), *Helicobacter Pylori* en 17 (10,3%), metaplasia en 7 (4,2%) y pólipos en 17 pacientes (10,3%). Por último, se encontraron hallazgos compatibles con esofagitis en 22 pacientes (13,4%), de los cuales 6 tenían clínica de pirosis, 5 de dispepsia y 2 de regurgitación.

Estos hallazgos condujeron a un cambio en la indicación de la técnica previamente establecida en 6 casos (3,6%).

Se cambió la indicación de GV a BGY en 5 casos y de BGY a GV en 1 caso, realizándose finalmente un total de 125 GV (76,2%) y 39 BGY (23,7%).

Con respecto al cambio de indicación de GV a BGY se realizó debido a la presencia de esofagitis en 3 pacientes, en 1 caso por la presencia de metaplasia y en otro caso por hernia de hiato gigante. De estos 5 pacientes, 3 no habían referido síntomas en la evaluación preoperatoria.

En el caso de cambio de indicación de BGY a GV se llevó a cabo tras evidenciar la presencia de una úlcera duodenal en un paciente asintomático.

Pese a la falta de correlación entre los síntomas y los hallazgos endoscópicos patológicos, el porcentaje de pacientes en los que se indicó un cambio de técnica fue mayor en pacientes sintomáticos (7,4%) que en aquellos asintomáticos (2,9%).

Conclusiones: Dados los resultados descritos, no encontramos justificación para la realización de EDA preoperatoria de forma sistemática, recomendando su realización en casos seleccionados.

O-005

Cirugía bariátrica de revisión. Análisis de una serie histórica de 22 años del hospital royo villanova de zaragoza Comunicaciones médicas. Oral.

Fernando Treballe, José¹; Valero Sabater, Mónica¹; Yáñez Benítez, Carlos¹; Orihuela Arroyo, Pilar¹; Lario Pérez, Sandra²; Gracia Gimeno, Paola¹; García García, Alejandro¹; Blas Laína, Juan Luis¹.

¹Hospital Royo Villanova; ²Hospital General Universitario.

25/05/2022 12:30 Sala A

Introducción: La cirugía bariátrica se lleva a cabo en el Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova de Zaragoza desde su creación en el año 2000, incluyendo cirugía primaria, cirugía de revisión y cirugía urgente. La media de intervenciones realizadas en estos 22 años es de 57,22 [1 - 121], siendo las principales técnicas primarias realizadas la derivación biliopancreática, el by-pass gástrico, la gastrectomía vertical y el by-pass gastroileal. Otras técnicas que se han llevado a cabo son la técnica de Larrad, la colocación de banda gástrica ajustable, el SADIS y el sleeve-Nissen. En los últimos años ha aumentado el índice de cirugías de revisión, tanto en pacientes propios como en pacientes referidos de otros centros, para una correcta adecuación de la técnica inicialmente realizada.

Objetivos: Presentar nuestra serie de cirugía bariátrica de revisión de 22 años (2000 - 2021) analizando las técnicas realizadas y la indicación para la cirugía de revisión.

Material y método: Todos los pacientes incluidos en la serie fueron extraídos de la base de datos de cirugía bariátrica del Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova. Se aplica estadística descriptiva y un análisis histórico evolutivo de las distintas técnicas realizadas.

Resultados: Del total de 1259 intervenciones de cirugía bariátrica realizadas en el Hospital Royo Villanova desde el año 2000 al 2021, 101 (8,02%) han sido cirugías de revisión.

Todos los pacientes en los cuales se practicó cirugías de revisión tuvieron el mismo protocolo de preparación preoperatoria de dieta, preparación física y respiratoria que los pacientes con cirugías primarias. En ambos la vía clínica aplicada fue la consensuada por el Grupo de trabajo de cirugía bariátrica del hospital.

Los motivos de reintervención fueron: fracaso de adelgazamiento (26,73%); desnutrición (19,8%); estenosis de anastomosis gastroyeyunal (11,88%); ulcus de boca anastomótica (10,89%); reengorde (8,91%); retirada de banda gástrica ajustable (6,93%); vómitos persistentes (4,95%); reflujo gastroesofágico sintomático (4,95%); dolor / hernia interna (2,97%); síndrome diarreico (0,99%); síndrome de Sweet (0,99%).

Las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas fueron: plastia sobre anastomosis gastroyeyunal; distalización de by-pass gástrico; resección de anastomosis gastroyeyunal; alargamiento de asa común de derivación biliopancreática; gastrectomía vertical sobre remanente gástrico de derivación biliopancreática; derivación biliopancreática, by-pass gástrico y by-pass gastroileal sobre gastroplastia anillada; conversión de by-pass gastroileal a by-pass gástrico; reversión completa de by-pass; anillado de by-pass gástrico; by-pass gástrico sobre gastrectomía vertical; cierre de mesos; kissing X.

Conclusiones: La cirugía bariátrica de revisión ha experimentado un auge en los últimos años, lo que pone en evidencia la necesidad de realizar un seguimiento adecuado en esta población de pacientes. Por su complejidad y variedad implica que las unidades de cirugía bariátrica deben estar familiarizadas con las opciones técnicas disponibles para solucionar las complicaciones derivadas de la cirugía primaria.

V-009

PELIGROS DEL TURISMO QUIRÚRGICO Comunicaciones Médicas. Vídeo.

Hernández O'reilly, María; Sánchez-Cabezudo Noguera, Fátima; Núñez O'sullivan, Sara; García Virosta, Mariana; Rodríguez Haro, Carmen; Mellado Sánchez, Inmaculada; García-Sancho Téllez, Luis; Picardo Nieto, Antonio L..
Hospital Infanta Sofía.

25/05/2022 12:30 Sala D

Objetivos: Presentación de un caso clínico visto en Urgencias de nuestro hospital de una paciente que se había realizado una cirugía de Sleeve gástrico sin indicación en el extranjero y sin las pruebas preoperatorias pertinentes.

Materiales y métodos: Caso clínico de una paciente con un IMC de 33,5, que acudió a Urgencias del hospital Infanta Sofía con síntomas de una complicación derivada de una cirugía bariátrica realizada en Turquía diez días antes.

Resultados: Mujer de 28 años que acudió a Urgencias por pirosis y vómitos en posos de café tras realizarse un Sleeve en Turquía 10 días antes. Volvió a España a los dos días de la cirugía sin ningún control ni seguimiento. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal donde describían una herniación de gran parte de la cámara gástrica hacia el mediastino sin aparentes signos de complicaciones adicionales. Se decidió realizar una cirugía abdominal urgente debido al riesgo de incarceration del tubular gástrico. Se realizó un abordaje laparoscópico en el que se halló parte del tubular gástrico que se encontraba algo torsionado, herniado e incarcerationado en el tórax a través de hernia de hiato de unos 2 cm con cambios inflamatorios alrededor del hiato que dificultaba la reducción del mismo al abdomen. Se realizó una reducción del tubular a cavidad abdominal. Se introdujo una sonda de Fouché de 14 mm y se comprobó la estanqueidad de dicho tubular con azul de metileno. Se diseco el hiato visualizándose ambos pilares y se realizó, tras liberar el esófago del saco herniario, hiatorrafia con un punto de V-lock 2/0 en sutura continúa calibrada con sonda de Fouché de 14mm.

En el postoperatorio la paciente tolera y presenta buen tránsito y como complicación extraña trombosis venosa esplénica y portal por lo que fue dada de alta con anticoagulación terapéutica.

Conclusión: Cada vez son más las personas que se unen a la oferta del turismo quirúrgico. Esta tendencia promueve viajes al extranjero para realizarse cirugías a un precio más económico que en España o cirugías en pacientes que no tienen indicación. Sin embargo, lo que esconden estas ofertas dirigidas a un público vulnerable son la realización de cirugías, sin criterio adecuado, sin el seguimiento necesario y muchas veces realizadas por personal poco cualificado que puede suponer un riesgo para la seguridad del paciente.

V-047

UTILIDAD DEL TEST DE AZUL DE METILENO EN CIRUGÍA ELECTIVA PARA LA DETECCIÓN INTRAOPERATORIA DE FUGA ANASTOMÓTICA

Comunicaciones Médicas. Vídeo.

Cirera De Tudela, Arturo¹; Sánchez Cordero, Sergi²; Acevedo, Danilo¹; Sorto, Hernan¹; Vilallonga Puy, Ramon¹.

¹Hospital Universitari Vall d'Hebrón; ²Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi.

26/05/2022 09:00 Sala D

Objetivos:

La fuga anastomótica es una complicación temida de la cirugía bariátrica y que requiere múltiples procedimientos correctivos, trabajo adicional de recuperación y aumento del coste de la atención médica. Dichas fugas a menudo se detectan días o incluso semanas después de la cirugía. En el caso particular del bypass gástrico en Y de Roux, la tasa de incidencia de dehiscencia de la anastomosis reservorio-yeyunal oscila entre el 0,01% y el 8,33%, según series.

A pesar de que existen múltiples dispositivos y técnicas para reducir esta incidencia (refuerzo manual de línea de grapado, pegamentos de fibrina, sistema de grapado con Seamguard, etc.), ninguna de ellas ha demostrado una disminución estadísticamente significativa de tasa de dehiscencia. Por ello, se han desarrollado principalmente cuatro métodos de prevención secundaria de fuga mediante su detección intraoperatoria: el test con insuflación de aire endoluminal, la fibrogastroscoopia, la inmunofluorescencia con verde de indocianina y la inyección de azul de metileno intraluminal.

El objetivo de esta comunicación es, mediante formato vídeo, demostrar la utilidad del test de azul de metileno en el proceso de detección intraoperatoria de fuga anastomótica y su Pósterior corrección mediante un caso clínico.

Material y métodos: Presentamos, mediante formato vídeo, un caso clínico de una paciente mujer de 53 años, hipertensa, dislipémica, diabética tipo 2 en tratamiento con metformina y con un índice de masa corporal (IMC) de 43 Kg/m², que es intervenida de bypass gástrico en Y de Roux por abordaje laparoscópico.

Resultados: Tras la confección de la anastomosis reservorio-yeyunal, que se realiza de forma mecánica con endograpadora lineal y cierre del ojal con sutura continua reabsorbible en monofilamento, se realiza el test de azul de metileno mediante la inyección de contraste endoluminal a través de sonda nasogástrica por parte de Anestesiología. Simultáneamente, el cirujano realiza presión manual en el componente yeyunal de la anastomosis para ejercer presión retrógrada. Asimismo, la colocación de gases alrededor de la anastomosis facilita la detección del tinte azul. El resultado de la prueba muestra una fuga del contraste a nivel de la cara Pósterior de la anastomosis sobre la zona más distal de la línea de grapado. Se procede, a continuación, al refuerzo de la dehiscencia mediante sutura continua manual con material monofilamento reabsorbible. Se repite de nuevo el test mediante la misma técnica, esta vez sin objetivarse fuga.

El postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones, por lo que la paciente fue dada de alta al segundo día postoperatorio.

Conclusiones: El uso del azul de metileno constituye una alternativa segura, sensible, sencilla, eficaz y económica para la evaluación intraoperatoria de la integridad de la anastomosis gastroyeyunal y que, a diferencia de otras técnicas, no requiere de personal entrenado en endoscopia ni dispositivos adicionales, no disponibles en todos los centros. Algunas limitaciones que han sido publicadas en la literatura es una hipotética tasa no despreciable de falsos negativos debido a que el color azul puede difuminarse en el campo quirúrgico, pero ello puede mejorarse con la colocación de una gasa blanca alrededor de la anastomosis.

P-010

Efectos de la erradicación preoperatoria de la infección del helicobacter pylori sobre la pérdida de peso y parámetros metabólicos un año tras la cirugía bariátrica. Comunicaciones médicas. Póster.

Benaiges, David; Bagán, Andrea; Casajoana, Anna; Fernández, Natalia; Climent, Elisenda; Villatoro, Montserrat; Serra, Carme; Goday, Albert.
Hospital del Mar.

27/05/2022 10:30 Pantalla 3

Estudiar en pacientes con obesidad mórbida intervenidos de cirugía bariátrica que son tratados con la pauta OCAM (Omeprazol, Claritromicina, amoxicilina y metronidazol) para la erradicación de la infección por Helicobacter Pylori (HP):

- La respuesta metabólica y la pérdida de peso durante el primer año tras la cirugía respecto a los pacientes sin infección HP.
- La efectividad en la erradicación de la infección.

Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital del Mar de Barcelona. La infección por HP fue testada preoperatoriamente por biopsia gástrica endoscópica. Los casos positivos fueron tratados con OCAM si no presentaban alergia a alguno de los fármacos. A los 3, 6 y 12 meses tras la intervención se evaluaron medidas antropométricas y metabólicas. Las dos técnicas realizadas en el centro fueron el bypass gástrico y la gastrectomía tubular. Para estudiar la evolución de las variables durante el seguimiento se utilizó la ANOVA de medidas repetidas. Se realizó una regresión logística lineal para estudiar los factores asociados al porcentaje de pérdida de exceso de peso a los 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 164 pacientes de los cuales 96 se intervinieron de Gastrectomía tubular y 68 de bypass gástrico. 75 sujetos (45%) presentaron infección por HP y 71 fueron tratados con OCAM. La efectividad del tratamiento fue del 90,1%. No se detectaron diferencias en las características basales de los portadores y tratados por HP respecto a los no tratados. No se detectaron diferencias en la evolución de la HbA1c, el perfil lipídico y el HOMA-IR. En cambio se detectó un mayor descenso de la glucosa en los pacientes no tratados que en los tratados a los 3 meses ($p=0,045$) y 6 meses ($p=0,045$). El porcentaje de pérdida de exceso de peso fue mayor para los pacientes no tratados a los 6 meses ($75,0 \pm 16,2$ vs $70,6 \pm 13,9$, $p=0,040$) y a los 12 meses ($86,8 \pm 20,9$ vs $78,3 \pm 14,8$, $p=0,008$). En el análisis multivariado, el tratamiento por infección por HP se asoció de forma independiente, negativamente, al porcentaje de pérdida de exceso de peso a los 12 meses conjuntamente con la edad y sin relación con la técnicas quirúrgica realizada.

Conclusión: La erradicación preoperatoria del HP se relaciona con algunos cambios metabólicos y con una menor pérdida de peso a corto plazo. La erradicación con OCAM induce una tasa de respuesta elevada y superior a la descrita con pautas previas.

V-012

Seguridad en los detalles técnicos del bypass gástrico laparoscópico. Vamos a evitar complicaciones Comunicaciones médicas. Vídeo.

Fernando Treballe, José¹; Valero Sabater, Mónica¹; Yáñez Benítez, Carlos¹; Orihuela Arroyo, Pilar¹; Lario Pérez, Sandra²; Gracia Gimeno, Paola¹; García García, Alejandro¹; Blas Laína, Juan Luis¹.

¹Hospital Royo Villanova; ²Hospital General Universitario.

25/05/2022 15:30 Sala D

Introducción: La técnica del by-pass gástrico laparoscópico está muy sistematizada en la actualidad. Los diferentes aspectos técnicos que la sustentan deben ser cuidados para desarrollar una cirugía segura, evitando la aparición de situaciones inesperadas intraoperatorias que puedan generar complicaciones en el postoperatorio. El equipo quirúrgico debe ser capaz de prevenir, detectar y resolver de forma eficaz un abanico de escenarios quirúrgicos.

Objetivo: Presentar diferentes complicaciones intraoperatorias y su manejo en la realización del by-pass gástrico laparoscópico, de cara a insistir en pequeños detalles técnicos que puedan prevenir problemas o que permitan su resolución cuando estos surjan de forma inesperada.

Material y método: Revisión de la base de datos y filmoteca de pacientes intervenidos de obesidad mórbida con técnica de by-pass gástrico laparoscópico en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

Resultados: Se muestran las siguientes situaciones intraoperatorias en distintas cirugías de by-pass gástrico y su resolución laparoscópica: 1-Perforación intestinal con bisturí monopolar en el asa común y en el asa alimentaria durante la preparación de la anastomosis pie de asa y gastroyeyunal (sutura simple / resección). 2-Mala calibración del asa alimentaria y anastomosis gastroyeyunal estrecha (resección y reanastomosis). 3-Isquemia del remanente del asa alimentaria tras confeccionar la anastomosis gastroyeyunal (resección guiada con verde de indocianina). 4-Exceso de remanente de asa alimentaria (Candy-Cane) tras confeccionar la anastomosis gastroyeyunal (resección guiada con verde de indocianina). 5-Grapado incidental de sonda nasogástrica durante la confección del reservorio (extracción y anastomosis manual sobre el orificio de extracción).

Conclusiones: La atención a una técnica quirúrgica depurada durante la realización del by-pass gástrico laparoscópico y la vigilancia de determinados puntos críticos durante la intervención, permite identificar complicaciones intraoperatorias y resolverlas de forma primaria, evitando así problemas severos en el postoperatorio.

P-084

Implementación de vía clínica y grupo de trabajo de cirugía bariátrica en un hospital de segundo nivel. Importancia del trabajo multidisciplinar para obtener resultados óptimos

Comunicaciones médicas. Póster.

Valero Sabater, Mónica; Fernando Trebolle, José; Gracia Gimeno, Paola; Vidal Peracho, Concepción; Alamillo Salas, Jorge; Marco Gómez, Bárbara; Bono Ariño, María Carmen; García Calvo, María José; Yáñez Benítez, Carlos; Blas Láina, Juan Luis.

Hospital Royo Villanova.

27/05/2022 10:30 Pantalla 3

Introducción: La cirugía bariátrica es una cirugía compleja, que precisa de una fluida coordinación entre los distintos servicios implicados en su diagnóstico, manejo y tratamiento. Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO), y sus documentos de consenso, se han desarrollado multitud de protocolos y vías clínicas en las distintas unidades de cirugía bariátrica para abordar de forma consensuada esta enfermedad y optimizar sus **Resultados:**

Objetivo: Presentar la experiencia del Grupo de trabajo de cirugía bariátrica del Hospital Royo Villanova y su protocolo multidisciplinar para el abordaje del paciente obeso mórbido.

Material y método: Descripción del proceso de creación del Grupo de trabajo de cirugía bariátrica y del Protocolo vía clínica en obesidad y su implementación en la actividad diaria desde 2018.

Resultados: El Hospital Royo Villanova realiza cirugía bariátrica desde su creación en el año 2000, con una media de 57,22 [1 - 121] cirugías bariátricas al año, siendo la gastrectomía vertical y el by-pass gástrico las dos técnicas quirúrgicas más realizadas en los últimos años.

Desde la creación oficial en junio de 2018 del Grupo de trabajo de cirugía bariátrica, acreditado como subcomisión clínica hospitalaria, se han llevado a cabo un total de 18 reuniones presenciales (entre los meses febrero 2020 y abril 2021 se vieron temporalmente interrumpidas por el cese de actividad en cirugía bariátrica debido a la pandemia COVID 19).

Conforman el equipo multidisciplinario los servicios de Cirugía General (dos cirujanos acreditados por SECO como cirujanos barbáricos (Nivel Experto y Nivel Completo)), Endocrinología y Nutrición (dos endocrinólogos especialistas en cirugía bariátrica), Anestesiología y Reanimación, Psiquiatría y Rehabilitación. Todos los pacientes programados se presentan y evalúan de forma conjunta para decidir el mejor tipo de preparación y la técnica quirúrgica más idónea. Se hace actualización bimensual de nuevas publicaciones y protocolos. Se realiza de forma trimestral evaluación de resultados quirúrgicos. Se marca una hoja de ruta para la asistencia a cursos de actualización y congresos con sus correspondientes comunicaciones.

Conclusiones: El abordaje multidisciplinar de todo el proceso de cirugía bariátrica, contando con un Grupo de trabajo específico, contribuye a optimizar los resultados. El trabajo en equipo mejora la valoración inicial, la indicación quirúrgica, y la preparación del paciente lo cual favorece la calidad de atención integral al paciente bariátrico.

P-085

Extirpación de tumor gist gástrico incidental en bypass gástrico en y de roux Comunicaciones médicas. Póster.

Pérez Domene, María Teresa; Ferrigni Gonzalez, Carlos; Castellón Pavón, Camilo José; García Muñoz Najar, Alejandro; Torres Aleman, Ana; Paz Fernandez, Bairon Alfonso; Duran Poveda, Manuel.
Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

27/05/2022 10:30

Introducción: El tumor del estroma gastrointestinal (GIST) es una rara neoplasia subepitelial mesenquimal del tracto gastrointestinal, localizada con mayor frecuencia en estómago e intestino delgado. Representa el 1 o 2 % de los cánceres gástricos primarios. Siendo un hallazgo muy infrecuente en pacientes de cirugía bariátrica. Su diagnóstico suele ser incidental ya que el mayor porcentaje son asintomáticos, siendo más frecuente después de una gastrectomía vertical tras realizar el análisis histológico del remanente gástrico. Al ser un tumor submucoso no suele observarse en la gastroscopia o tránsito superior que se realizan previas a la cirugía bariátrica. Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente operada de Bypass gástrico donde se hayan de forma incidental dos tumoraciones en estómago, una de ellas compatible con GIST.

Caso clínico: Mujer de 60 años con obesidad grado III con un IMC de 47 y antecedentes de hipertensión, dislipemia y diabetes.

Tras el fracaso del tratamiento conservador de pérdida de peso durante más de 6 meses y ser una obesidad de larga evolución se decide iniciar la valoración preoperatoria de Cirugía Bariátrica.

Entre las pruebas preoperatorias se le realiza gastroscopia rutinaria donde se observa gastritis crónica atrófica confirmada por estudio patológico sin otros hallazgos de interés. Se decide bypass gástrico en Y de Roux.

Durante la cirugía se observan dos tumoraciones, una de 7mm en cara anterior de la curvatura menor gástrica y otra de 2cms en cara Pósterior de la curvatura menor. Se realiza la extirpación de ambas tumoraciones sin modificación de la técnica quirúrgica propuesta.

Al análisis anatomopatológico, se confirma como GIST una de las tumoraciones (cara Pósterior), con márgenes libres de resección. Siendo la otra tumoración un tumor benigno de origen granulomatoso.

Discusión: Los tumores GIST son tumores raros que representan menos de 1%. Su mayor prevalencia se encuentra en mujeres entre 40 y 80 años, describiéndose aumento de la incidencia en pacientes con obesidad.

Su diagnóstico suele ser incidental por su curso asintomático. Encontrando sangrado, saciedad precoz o dolor abdominal en los sintomáticos.

Durante la evaluación preoperatoria en cirugía bariátrica, se realizan endoscopias y tránsito digestivo superior, sin embargo, no suelen diagnosticar este tipo de tumores. Los TC o RMN no se realizan de rutina, por lo que se dificulta su diagnóstico previo a la intervención.

A la hora del tratamiento, si son solitarios de pequeño tamaño, la extirpación con márgenes libres, se considera curativo. Siendo importante si se sospecha este tipo de tumores o se observan intraoperatoriamente realizar su exéresis con márgenes libres y Pósterior confirmación histológica.

Conclusión: La incidencia y prevalencia de tumores GIST en pacientes obesos está aumentada con respecto a la población general por tratarse de un hallazgo casual durante la cirugía. Es importante conocer que este tipo de tumores en su mayoría pueden curarse con la simple resección quirúrgica en el mismo acto quirúrgico sin agregar una mayor morbilidad al procedimiento. Es indispensable la confirmación histológica Pósterior del espécimen para corroborar márgenes libres y ampliar de ser necesario el estudio de extensión en estos pacientes.

P-087

Primeros resultados tras la creación de una unidad de cirugía bariátrica y metabólica tutelada Comunicaciones médicas. Póster.

Navarro Duarte, Juan Carlos¹; García Zamora, Cristina¹; Soriano Giménez, Víctor¹; Gonzalez Valverde, Miguel²; Tamayo Rodríguez, Marien³; Del Valle Ruiz, Sergio²; Frutos Bernal, María Dolores⁴; Mayol Villescás, María Angeles¹; Hidalgo Pérez, Paloma Victoria¹; García Zamora, Josefa⁵.

¹Hospital Universitario Rafael Méndez; ²Hospital General universitario Reina Sofía; ³Hospital General Universitario Reina Sofía; ⁴Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ⁵Hospital Universitario Santa Lucía.

27/05/2022 10:30 Pantalla 3

Introducción: y objetivo: Actualmente la subespecialización es, cada vez más frecuente, a la par de la necesidad de ser multidisciplinar para una atención más individualizada de cada paciente así como un tratamiento integral de la patología a tratar, teniendo su máxima expresión y ejemplo en las unidades de cirugía bariátrica y metabólica.

El objetivo es mostrar la importancia y resultados de crear una unidad de cirugía bariátrica fundamentada en la experiencia de unidades ya establecidas siguiendo el programa de formación SECO, es decir, la creación de una unidad tutelada.

Material y método: Se ha completado el programa de formación SECO, por 3 cirujanos del Hospital Universitario Rafael Méndez(HURM), con una estancia formativa en centro externo(Hospital General Universitario Reina Sofía)durante 4 meses por cada uno de ellos.

Además, tras finalizar dicha formación, se llevó a cabo un seguimiento (tutela) en las primeras cirugías realizadas en el HURM.

Por último, se ha realizado una revisión de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica desde la creación de la unidad (octubre de 2018) hasta noviembre de 2021.

Resultados: Tras la creación de la unidad de cirugía bariátrica y metabólica en octubre de 2018, se han intervenido un total de 41 pacientes (8 hombres(20%) y 33 mujeres(80%)).

Se han realizado un total de 19 bypass gástricos laparoscópicos en Y de Roux(BGLYR) y 22 gastrectomías verticales laparoscópicas(GVL).

La edad media de los pacientes intervenidos ha sido de 48 años(26-66)

La estancia media ha sido de 5 días desde el día del ingreso(día -1 de la cirugía) hasta el alta.

El IMC medio fue de 43.9, (35-54)

La morbilidad a 30 días fue de un 7% (3 pacientes), 2 de ellos presentaron estenosis de la anastomosis gastroyeyunal, resuelta sin incidencias mediante dilatación endoscópica, y 1 paciente presentó una rotura esplénica espontánea el día 12º postoperatorio tras una GVL, resuelta mediante esplenectomía urgente.

La mortalidad fue del 0%.

El tiempo quirúrgico medio fue de 69 minutos para la GVL, y de 144 minutos para el BGLYR.

Cabe destacar que no hubo complicaciones intraoperatorias en ninguno de ellos, así como unos tiempos quirúrgicos y evoluciones postoperatorias dentro de los estándares de calidad revisados en la bibliografía y en comparación con otras unidades de cirugía bariátrica ya establecidas.

Conclusiones: La cirugía bariátrica y metabólica requiere de una formación especializada y progresiva dentro de la Cirugía Gral. y del Ap. Digestivo, así como la integración en una unidad multidisciplinar compuesta fundamentalmente por cirujanos dedicados a la cirugía bariátrica, endocrinólogos, anestesiólogos, psiquiatras, psicólogos clínicos, nutricionistas, digestólogos, radiólogos y enfermería.

La creación de una unidad de cirugía bariátrica de forma progresiva, tutelada, demuestra que se consiguen buenos resultados con una menor morbimortalidad, menor curva de aprendizaje, y servir de modelo para otras subespecialidades de la cirugía.

O-053

Desenlaces en manga gástrica laparoscópica en Colombia Comunicaciones médicas. Oral.

Hernandez Martinez, Hender; Carreño Jacome, Jennifer; Lopez Melo, Deyvis; Mercedes Bustos, Ada; Espinosa Diaz, Clarena; Calderón Rivera, Eliana; Cantillo Quimbayo, Cristobal; Herrera Ortega, Andrea; Rodriguez, Karla; Olarte Ardila, Rafael.

Hospital Universitario Erasmo Meoz.

26/05/2022 11:30 Sala A

Objetivos: Nuestro objetivo es describir los desenlaces en pacientes con manga gástrica por cirugía mínimamente invasiva en centro de referencia de la región nororiental colombiana.

Materiales y métodos: Incluimos pacientes consecutivos elegibles para manga gástrica por técnica laparoscópica que ingresaron al centro de referencia de la región nororiental de Colombia desde el 2015 hasta el 2021. Todos participaron del programa de obesidad institucional, accediendo a valoración por cirujano gastrointestinal, endocrinología, psiquiatría, nutrición y anestesia previa al procedimiento -se realizó endoscopia de vías digestivas altas prequirúrgica-. Los criterios de elegibilidad para el procedimiento fueron: 1) Índice de masa corporal (IMC) > 35 y comorbilidades asociadas a la obesidad, o 2) $IMC \geq 40$ y 3) Ausencia de contraindicaciones médicas o quirúrgicas. Los cambios en el peso se analizaron mediante el porcentaje de sobrepeso perdido (PSP), considerando éxito al obtener un porcentaje $\geq 35\%$ (con menos de un año de seguimiento) y $\geq 50\%$ en cualquier momento del seguimiento. Para el cálculo del peso ideal usamos las tablas de Metropolitan Insurance Company. Evaluamos calidad de vida mediante la encuesta RAND de 36-ítems. Las complicaciones quirúrgicas se documentaron mediante la clasificación Clavien-Dindo. Técnica quirúrgica: manga laparoscópica, cirujano en posición francesa, neumoperitoneo mediante sonda de Fouchet de 36 fr., corte del antro-gástrico a 5 cms del píloro.

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes consecutivos con cirugía manga gástrica mínimamente invasiva, tres cuartos de las pacientes fueron mujeres (72%), la mediana del IMC fue de 44 (RIQ 41 - 50); 82 (85%) pacientes tenían al menos una comorbilidad asociada a la obesidad, encontrando síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (n=34), artropatía (n=32), Hipertensión arterial sistémica (n=30) y diabetes mellitus (n=20). El promedio de tiempo quirúrgico fue de dos horas. El $PSP \geq 35\%$ se alcanzó en 53 (55%) pacientes antes del año de seguimiento y $\geq 50\%$ en 34 (35%) pacientes en cualquier momento del seguimiento. El promedio de PSP al mes fue de 24% (n=86), a los 3 meses 40% (n=59), a los 6 meses 49% (n=31), a los 9 meses 56% (n=11) y al año 60% (n=19). En los controles evaluamos calidad de vida (n=53), la actividad física fue considerada en el 62% sin limitación, en el 25% con un poco de limitación y en el 11% muy limitada. La mayoría de los pacientes consideró su estado de salud excelente (87%). Se presentaron complicaciones en tres pacientes (Clavien-Dindo IIIa), dos por hemoperitoneo y una por fistula. No hubo reporte de éxitos intra o postoperatorio.

Conclusión: La manga gástrica por cirugía laparoscópica es segura y efectiva en la reducción del porcentaje de sobrepeso en nuestro medio y favorece indicadores de calidad de vida en los seguimientos. Posiblemente esta técnica tiene menos complicaciones que las técnicas mixtas (bypass gástrico).

O-046

Gastrectomía vertical laparoscópica y reflujo gastroesofágico: estudio radiológico, manométrico y pH métrico. Determinación de factores pronósticos. Comunicaciones médicas. Oral.

Jimeno, Pilar¹; Ruiz De Angulo, David²; Ortiz Escandell, Ángeles²; Munitiz, Vicente²; Martínez De Haro, Luisa²; Conesa, Ana²; Ramírez, Pablo²; López, Javier¹; Rodrigues, Kamila¹; Tomas, Federico¹.

¹Hospital de la vega Lorenzo Guirao; ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

26/05/2022 09:00 Sala A

Objetivos: Determinar, mediante cuantificación del RGE con pHmetría ambulatoria de 24 horas si la GVL, es una operación reflujógena o se trata de una técnica que protege del RGE.

Analizar los datos epidemiológicos, radiológicos, manométricos, y clínicos, tras la cirugía y las características de los subgrupos en función de la evolución pH métrica particular de los pacientes.

Identificar factores pronósticos epidemiológicos, y derivados de los test realizados para poder permitir predecir la evolución del RGE en el paciente obeso que se va a someter a una GVL.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron 71 pacientes, realizándose un estudio completo de RGE, y comparando los datos antes y al año de la intervención. Asimismo, se separaron y estudiaron 4 grupos de pacientes según la evolución de RGE detectado en el postoperatorio y se realizó la búsqueda de factores pronósticos que nos pudieran predecir la evolución del RGE.

Resultados: En relación a los datos ponderales, el IMC medio tras la GVL fue de 30.40 ± 4.56 , el %EPP de 67.48 ± 14.60 , y %PTP de 34.03 ± 7.12 .

Tras la cirugía, se objetivó un aumento no significativo de pacientes sintomáticos, siendo la pirosis, el síntoma más frecuente. Y un aumento significativo en el consumo de fármacos antisecretores (70%)

Los datos radiológicos y endoscópicos, mostraron un aumento significativo de HH en el postoperatorio (30 versus 13), y un leve aumento no significativo de lesiones inflamatorias (14% frente al 17%).

En relación a las pruebas funcionales, los datos manométricos mostraron un descenso significativo en la presión del EEI (12.71 ± 6.01) y de la amplitud de las ondas (97.37 ± 39.76). Todos los parámetros estudiados en una pHmetría convencional, sufrieron cambios estadísticamente significativos tras la GVL en el sentido de hacerse patológicos, destacando el índice de DeMeester que de 24 pasa a 40, y el %pH menor de 4 que de 6.3% pasa a 9.25%.

Por otro lado, obtuvimos una tasa de corrección del reflujo del 34.21%, una persistencia del RGE en casi el 66% de los pacientes, un RGE de novo de casi el 70% y una ausencia mantenida del RGE en el 30% de los pacientes.

La presencia de una Phmetria positiva y una HH antes de la cirugía, se relaciona con mayor probabilidad de desarrollar RGE pHmetrico patológico tras la GVL.

Conclusiones: La GVL es una técnica reflujógena, cuantificada por pHmetría esofágica de 24 horas. El RGE postoperatorio se asocia con la presencia de HH y con la disminución de la presión del EEI. Aunque la tasa de reflujo es mayor en el postoperatorio y el reflujo de novo es alta en nuestra serie, existe un porcentaje de pacientes en los que se negativiza una pHmetría positiva tras la GVL y otro grupo en el que la ausencia de reflujo patológico se mantiene tras la GVL, por lo que la presencia del mismo en el preoperatorio no debe ser una contraindicación de esta técnica.

En relación a los factores pronósticos preoperatorios predictivos, solo hemos identificado la presencia de una HH y una pHmetria positiva antes de la cirugía.

O-047

Bypass gástrico en y de roux tras reflujo gastroesofágico de novo post gastrectomía vertical **Comunicaciones médicas. Oral.**

Gomis Martín, Alvaro; Ortiz Sebastián, Sergio; Estrada Caballero, José Luis; Carbonell Morote, Silvia; Campo Betancourth, Carlos; Coronado De Frías, Olga; Duque, Xiomara; Ramia Ángel, José Manuel.
Hospital General Universitario.

26/05/2022 09:00 Sala A

Introducción: La Gastrectomía Vertical (GV) sigue encontrándose entre los procedimientos de cirugía bariátrica que más se realizan a nivel mundial, pero presenta complicaciones a largo plazo. Una de ellas es el Reflujo gastroesofágico (RGE) de novo, con una incidencia de hasta el 36% al primer año postquirúrgico, repercutiendo de forma considerable en la calidad de vida de los pacientes. De todos ellos, sólo menos del 3% es refractario a tratamiento médico con IBPs, precisando de alternativas quirúrgicas para su resolución.

Las causas asociadas a RGE tras GV son una hipopresión del esfínter esofágico inferior por sección de las fibras musculares, un aumento de presión intragástrica, la sección extrema del antro con ausencia del ángulo de Hiss y la dilatación de la parte superior del tubo gástrico.

Objetivos: Describir los casos de RGE refractario a tratamiento médico tras la GV en nuestro centro, sus características clínicas, el tratamiento quirúrgico que se llevó a cabo y los resultados obtenidos.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes intervenidos de GVT vía laparoscópica por obesidad, en nuestro centro, desde el año 2007 al 2021, así como de pacientes remitidos desde otros centros.

Los pacientes que presentan síntomas de ERGE durante el seguimiento se les realiza una endoscopia digestiva alta (EDA) y un tránsito esofagogastroduodenal (TEGD). Además, a los que sólo presentaban ERGE sin reganancia ponderal se les realizó una ph-metría de 24 horas.

Se analizaron las variables sexo, edad, IMC previo a la GV, IMC postquirúrgico, clínica de RGE asociada, pruebas complementarias, tiempo hasta la segunda intervención, características específicas del segundo procedimiento, IMC Pósterior y valoración de la resolución de los síntomas

Resultados: De un total de 294 pacientes intervenidos de GV, 9 precisaron cirugía de revisión por RGE severo (3,06 %) y 2 pacientes fueron remitidos desde otro centro.

Los pacientes intervenidos de ERGE tras una GV tenían una mediana de edad de 57 +/- 13 años, el 90% fueron mujeres, con IMC pre-GV de 51,52 +/-9.96 kg/m².

Todos los pacientes presentaban una gastroscopia patológica y/o un TEGD preoperatorio con signos de RGE patológico. De los 11 pacientes, 7 de ellos presentaban además una inadecuada pérdida de peso o reganancia ponderal en el seguimiento.

El procedimiento quirúrgico empleado fue el Bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux (BPGYR). El IMC pre-BPGYR fue de 35.6 +/- 7.19 kg/m² y el intervalo entre las 2 cirugías fue de 51,64 +/- 34 meses. Todos los pacientes presentaron una resolución de los síntomas de ERGE tras el BPGYR con una adecuada pérdida de peso.

Conclusión:

La ERGE, es una complicación tardía de la GVT que afecta de forma importante a la calidad de vida de los pacientes que lo padecen, y que un reducido número no responden al tratamiento médico con IBPs a altas dosis, precisando de cirugía de revisión como tratamiento definitivo.

Según la bibliografía, debemos considerar la conversión a un BPGYR como el mejor procedimiento para conseguir la resolución de la clínica asociada a ERGE severo tras una GV.

P-052

La respuesta incretínica de glp1 y glp2 a los 6 meses de gastrectomía tubular, no se correlaciona con pérdida de peso a largo plazo Comunicaciones médicas. Póster.

Martínez López, Eva María¹; Puig Piña, Rocio²; Llaurador, Gemma³; Tarascó, Jordi¹; Moreno, Pau⁴; Hernandez, Laura⁵; Astiarraga, Brenno⁶; Vendrell, Joan⁷; Vilarrasa, Nuria⁵; Pellitero, Silvia¹.

¹Hospital Universitario Germans Trias i Pujol; ²Hospital de Sant Pau-Dos de Maig; ³Hospital del Mar; ⁴Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ⁵Hospital Universitari de Bellvitge; ⁶Parc Sanitari Pere Virgili; ⁷Hospital Universitari Joan XXIII.

26/05/2022 18:00 Pantalla 2

Objetivo: Los cambios en la respuesta incretínica (resp-inc) que se producen tras cirugía bariátrica podrían contribuir a la mejoría de composición corporal (CC) y a la pérdida de peso a largo plazo. Analizamos si había diferencias en la resp-inc de GLP-1/GLP-2, en los cambios metabólicos y de CC antes y tras 6 meses de gastrectomía tubular (GT) entre dos grupos de pacientes con obesidad mórbida (OM) con diferente grado de insulinorresistencia (IR). También se analizaron si estos cambios se asociaban a la pérdida de peso (%PP) tras 5 años (a). **Métodos:** se incluyeron 18 OM sometidos a GT clasificados en IR o no-IR según HOMA >p95 o < p25, respectivamente. La resp-inc se evaluó con el %incremento de concentraciones pico-basal de GLP-1 y GLP-2 tras un meal test, y el estudio de CC con DEXA.

Resultados: n 18 (9 IR y 9 no-IR), 72% mujeres, edad 48.8 años e IMC basal de 45.03 ± 4.82 kg/m². Características basales y 6 meses (m) post-GT (tabla 1). No hubo diferencias en %PP ni en cambios CC entre grupos. Los no-IR tenían mejor respuesta de GLP-1 antes y postGT (la respuesta de GLP-2 era mayor en no- IR sólo tras la GT), y mayor % de cambio en el fatty liver index (p=0,05). La mejoría de la resp-inc GLP-1 se correlacionó con el %PP 6m en grupo entero (IR+no IR) pero no con %PP5a. Los pacientes con %PP5a >20% (66.6% del total) tenían un mayor Fat-Free Mass Index (FFMI) basal.

Conclusiones: La pérdida de peso y los cambios de la CC 6m post-GT es independiente del grado de IR. La mejoría en la respuesta incretínica de GLP1 y GLP2 tras 6m post-GT es mejor en noIR, pero ni esta mejoría ni los cambios de CC logrados a 6m se relacionan con la pérdida de peso tras 5 años de GT. Los pacientes con mejor FFMI pierden más peso a largo plazo.

	NO-IR	IR				
	Basal	6m	P	Basal	6m	P
PP 6m (%)		26.58±5.53			26.52±6.94	
IMC (Kg/m ²)	41.76±3.66	30.58±2.82	0.0077	48.30±3.46**	35.52±4.45*	0.0077
Cintura (cm)	116.77±6.89	92.0±7.83	0.0076	130.27±9.11**	104.16±11.61*	0.0077
Dexa Fat Mass (%)	53.89±9.92	30.07±7.46	0.0077	65.59±7.26*	39.59±11.03	0.0077
Dexa Lean Mass (%)	51.79±8.28	46.41±7.44	0.0077	54.93±8.72	49.64±8.12	0.0077
FFMI (Kg/m ²)	18.97±2.69	21.22±1.02	0.0209	16.46±2.85	21.12±2.47	0.0077
Glucosa (mmol/L)	4.96±0.45	4.65±0.32	0.1386	5.27±0.55	4.55±0.35	0.0077
HOMA (mg/dl·μunits/ml)	2.66±1.14	1.28±0.39	0.0077	4.48±1.14###	1.47±0.96	0.0077
Colesterol (mmol/L)	4.76±0.69	4.52±0.79	0.2604	4.70±0.84	5.08±0.78	0.3139
HDL (mmol/L)	1.32±0.22	1.30±0.21	0.4061	1.06±0.2#	1.18±0.13	0.1225
LDL (mmol/L)	2.83±0.66	2.73±0.71	0.6353	2.76±0.98	3.34±0.68	0.1731
Triglicéridos (mmol/L)	1 (0.9-1.2)	1.1 (0.9-1.3)	0.8590	1.45 (0.9-1.7)	1.1 (1-1.4)	0.0382
Fatty liver index (FLI)	94.65 (90.65-97.59)	39.75 (23.85-59.53)	0.0180	99.30** (98.89-99.71)	65.41* (57.45-82.12)	0.0077
IL-6 (pg/mL)	1.84±0.62	1.57±0.78	0.4413	2.94±0.91*	1.93±0.69	0.0176
%incGLP1 (basal to peak)	76.93 (69.19-140.18)	531.67 (283.94-804.16)	0.007	51.96* (37.54-67.68)	166.43* (127.93-283.115)	0.012
%incGLP2 (basal to peak)	22.41 (12.14-41.95)	195.59 (90.99-267.99)	0.007	27.10 (15.05-33.80)	31.11** (21.86-68.04)	0.050

Tabla 1.

* p < 0.05; ** p < 0.01 (NO-IR vs IR)

O-006

Evaluación de criterios de fracaso según los resultados de pérdida ponderal tras gastrectomía vertical y bypass gástrico en y de roux en una cohorte prospectiva Comunicaciones médicas. Oral.

Sanchez-Cordero, Sergio¹; Vilallonga, Ramon²; Garcia Ruiz De Gordejuela, Amador²; Gonzalez, Oscar²; Caubet, Enric²; Armengol, Manel².

¹Consorci Sanitari Integral - Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi; ²Hospital Universitari Vall d'Hebrón.

25/05/2022 12:30 Sala A

Abstract: Los actuales criterios de éxito y fracaso de la cirugía bariátrica basados en el porcentaje de pérdida de peso no reflejan el éxito terapéutico de las principales técnicas bariátricas porque no se correlaciona con la resolución de comorbilidades y/o mortalidad en el tiempo. Por este motivo, existe una falta de consenso de consenso en las definiciones de éxito y fracaso de la CB que permitan medir los resultados a largo plazo.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es describir los resultados, así como, los porcentajes de éxito y fracaso de las principales técnicas quirúrgicas bariátricas primarias: gastrectomía vertical (GV) y bypass gástrico (BPG) respecto a la pérdida ponderal y resolución de comorbilidades de durante los 5 años de seguimiento.

Materiales y Método: Estudio observacional prospectivo de pacientes intervenidos de BPG y GV desde enero de 2006 hasta diciembre de 2014 con 5 años de seguimiento. 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. Los criterios recogidos en la serie son: Brolin, Reinhold, Biron, TWL >20%, TWL >25%, AWL >35%.

Resultados: Se analizan un total de 576 pacientes con 5 años de seguimiento postoperatorio. 223 pacientes fueron intervenidos de GV y 353 de BPG. No hubo diferencias estadísticas en las variables demográficas preoperatorias. Un total de 369 (64%) de los pacientes presentaron al menos un criterio de éxito a los 5 años de seguimiento. El IMC a los 5 años de los pacientes con algún criterio de éxito es de 28,5 vs 37 en pacientes que no cumplieran ningún criterio. Un total de 109 GV (29.5%) frente a 260 BPG (70.5%) en el grupo de pacientes que han cumplido algún criterio de éxito. Según los criterios, las tasas de éxito son de: EWL>50% 464 (80%), IMC <35 436 (75.6%), IMC final condicional 530 (92%), TWL >20% 493 (85.5%), AWL >35 420 (72.9%), TWL >25 419 (72.7%).

Conclusiones: Los criterios actuales de éxito y fracaso de la cirugía bariátrica generan disparidad de resultados en nuestra serie. El bypass gástrico presenta mayores tasas de éxito que la gastrectomía vertical en todos los criterios evaluados. El criterio condicionado de Biron es el criterio que presenta la mayor tasa de éxito a los 5 años de seguimiento frente al TWL >25% con la menor tasa de éxito.

O-007

Cirugía de revisión ¿por qué la realizamos en nuestro centro?

Comunicaciones médicas. Oral.

Lavado Andújar, María Inmaculada; Santos Naharro, Jesús; Jódar Salcedo, Cristina Rosel; Borrás Jiménez, Ágelica María; Labrador Alzás, Carolina; López Fernández, Concepción; Medina Ortiz, José Antonio; Matito Díaz, María José; Salas Muñoz, Javier; Munuera Romero, Luis.
Hospital Universitario Infanta Cristina.

25/05/2022 12:30 Sala A

La obesidad es una enfermedad crónica muy frecuente con gran impacto en nuestra sociedad actualmente. La cirugía bariátrica es, en muchas ocasiones, el único tratamiento exitoso para resolver este problema de salud. El incremento en el número de procedimientos, así como los años de experiencia de los equipos, hace que cada vez sea más frecuente la realización de cirugía de revisión.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es realizar un análisis descriptivo de las situaciones clínicas que nos llevan a indicar cirugía de revisión, así como los resultados de esta.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo un análisis estadístico descriptivo de una cohorte retrospectiva, en el que se han analizado los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestra unidad entre el año 2013 y 2020.

Resultados: En el periodo analizado se han intervenido un total de 438 pacientes, de ellos el 70.5% fueron mujeres y el 29.5% varones. La mayoría presentaban un ASA II (59.4%) en la valoración preanestésica. Como antecedentes médico de interés el más usual fue la hipertensión arterial (40.1%).

En cuanto a las técnicas quirúrgicas empleadas; se realizó bypass gástrico (BPGY) en 234 pacientes (53.4%), gastrectomía vertical en 201 pacientes (45.9%) y otras técnicas que representan el 0.7% de los procedimientos.

Durante este periodo se han llevado a cabo 30 cirugías de revisión (6.8 % de los procedimientos totales). Las técnicas iniciales que precisaron de cirugía de revisión fueron: gastrectomía vertical en 12 pacientes (40%), gastroplastia vertical anillada (Masson) en 11 pacientes (36.7 %), 5 casos (16.7%) bypass gástrico tipo Carbajo y 2 casos de derivación biliopancreática (Larrad) constituyendo 6.7%. *Figura 1.*

Se ha indicado cirugía de revisión en 12 pacientes por cuadros eméticos de repetición, en 11 casos por reganancia ponderal, en 3 casos por reflujo biliar y en 4 pacientes por otros motivos (2 casos de úlcera de anastomosis, un caso de fístula gástrica y otro paciente por mal control de su diabetes).

	Carbajo	Masson	Gastrectomía vertical	Larrad
Émesis (40%)	0	6	5	1
Reganancia ponderal (37%)	1	4	5	1
Reflujo biliar (10%)	3	0	0	0
Otros (13%)	1	1	2	0

Tabla 1: Indicaciones según cuadro clínico y técnica previa.

Todos los pacientes fueron convertidos a bypass gastroyeyunal. Presentaron complicaciones postoperatorias 8 pacientes (30 % de los mismos). Un caso de dehiscencia de anastomosis tratada con endoprótesis con buena evolución, dos casos de absceso intrabdominal que se manejó de manera conservadora uno de ellos y el otro caso se reintervino, 3 casos de infección de herida quirúrgica, un caso de anemia con necesidad de trasfusión y un caso de infección respiratoria.

Conclusiones: La cirugía bariátrica es una pieza clave en el tratamiento de la obesidad. Sin duda la cirugía de revisión constituye un reto al que cada vez se van a enfrentar más los cirujanos bariátricos, por ello, es fundamental determinar exhaustivamente las indicaciones de cirugía de revisión e identificar los factores que influyen en el fracaso del tratamiento quirúrgico previo, mediante la evaluación individualizada de cada caso.

Procedimiento inicial

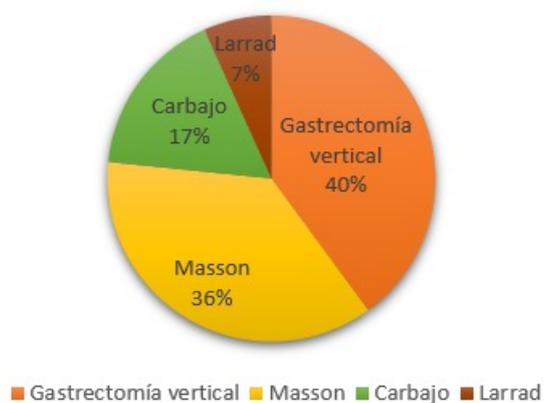


Figura 1: Distribución de técnicas iniciales.

P-025

Adherencia de nuestro protocolo de cirugía bariátrica a las recomendaciones del programa ERAS Comunicaciones médicas. Póster.

González Valverde, Francisco Miguel; Del Valle Ruiz, Sergio Rodrigo; Tamayo Ruiz, M^a Encarnación; Valero Soriano, María; Gimenez Francés, Clara; López Morales, Pedro; Jimenez Moreno, Isabel María; Rodríguez Lucas, José María.
Hospital General Universitario Reina Sofía.

26/05/2022 11:00 Pantalla 1

Introducción: Los programas de rehabilitación multimodal o recuperación intensificada descritos por Kelhet en los años 90, abarcan un conjunto de medidas perioperatorias con carácter multidisciplinar dirigidas a disminuir el estrés secundario a la cirugía y lograr una mejor recuperación del paciente. En 2016, la ERAS Society publicó sus guías para cirugía bariátrica (revisadas en 2021) y en 2019, el grupo de Trabajo de Cirugía Bariátrica del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM), desarrolló el Protocolo de Rehabilitación multimodal en cirugía bariátrica.

A través del estudio POWER 3 (Postoperative Outcomes Within an Enhanced Recovery After Bariatric Surgery Protocol), la RedGERM llevo a cabo una auditoria nacional de complicaciones después de la cirugía bariátrica electiva dentro o no de un protocolo de recuperación acelerada después de la cirugía (ERAS) en la que nuestra unidad de cirugía bariátrica (UCB) tuvo oportunidad de participar.

Objetivos: Determinar la incidencia de complicaciones postoperatorias por paciente y procedimiento en nuestra UCB, medir nuestro grado de cumplimiento de Protocolos ERAS y su impacto en la estancia hospitalaria y en las complicaciones postoperatorias a 30 días en comparación con los resultados globales del estudio POWER3 recientemente publicados.

Método: Auditoria nacional de cohorte observacional prospectiva de 90 días en la que se analizan las complicaciones predefinidas a 30 días de seguimiento en pacientes sometidos a cirugía bariátrica dentro o no de un programa ERAS con cualquier nivel de cumplimiento del protocolo. Nuestra UCB se auto-catalogó como NO-ERAS

Resultados: Se evaluaron los 24 componentes individuales de las vías ERAS en 1419 pacientes (69% mujeres) reclutados en 74 hospitales. Nuestra unidad aportó 65 (4,58%) registros.

- La adherencia global a las recomendaciones de la ERAS society para cirugía bariátrica fue del 70% (61,1-77,8%) en los centros ERAS y del 57,9% (50-65%) en los centros No ERAS. La adherencia de nuestra UCB alcanzó el 61%.
- La pre habilitación, los consejos sobre hábitos de vida sanos y ejercicio, y la pérdida preoperatoria de peso no se asociaron a mejores resultados en este estudio
- La incidencia de complicaciones postoperatorias en cirugía bariátrica es baja.
- La estancia postoperatoria fue significativamente mayor en el grupo No ERAS: 3 días (2-4) que en el grupo ERAS 2 días (2-3). En nuestro servicio fue de 3,8 días (2-7)
- No hubo diferencias en las complicaciones postoperatorias entre los grupos ERAS y nuestro grupo.

Conclusiones: Una mayor adherencia a las recomendaciones de ERAS Society® se asoció en el estudio Power3 con una estancia hospitalaria más corta sin un aumento de complicaciones postoperatorias o reingresos. Los resultados nos han animado a corregir nuestra vía clínica para adaptarla a las recomendaciones ERAS. Su implementación deberá superar problemas relacionados con el personal sanitario y el cambio en la práctica clínica habitual. Será fundamental el abordaje multidisciplinar del programa para que tenga éxito.

P-039

Embolizacion de la arteria gastrica izquierda en paciente intervenido de gastrectomia vertical y sangrado endoluminal masivo Comunicaciones médicas. Póster.

Ocaña, Luis; García Trujillo, Ignacio; Soler Humanes, Rocío; Alcain, Guillermo; Lavín, Isabel; Morales, Dieter; De Luna Díaz, Resi; Fernández Serrano, José Luis. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria.

26/05/2022 11:00 Pantalla 3

Objetivos: El objetivo de este caso clínico es documentar una complicación postoperatoria tras gastrectomía vertical laparoscópica, inusual, pero que puede comprometer la vida del paciente.

MATERIAL Y METODOS: Paciente varón de 28 años, con IMC de 53, sin comorbilidades asociadas, propuesto para cirugía bariátrica tras el fracaso de tratamiento dietético y ejercicio, y tras contar con el visto bueno de todo el equipo multidisciplinar, Endocrinología, Psicología y Cirugía. Se le propone una gastrectomía vertical laparoscópica y firma el correspondiente consentimiento informado. El estudio preoperatorio revela una Ecografía abdominal con esteatosis, un estudio EGD sin hallazgos relevantes y un test de Helicobacter Pilory negativo. El postoperatorio inmediato cursa sin incidencias, causando alta sanatorial al segundo día. Dos días más tarde acude a urgencias de nuestro Hospital por dolor en flanco izquierdo y fiebre, con estabilidad hemodinámica y estado general conservado. En el TAC se aprecian burbujas próximas al ángulo de His, sugerente de fuga a dicho nivel, sin colección ni peritonitis. Se propone la instalación de endoprótesis, reposo digestivo y antibioterapia de amplio espectro. La noche previa a su colocación tiene sangrado digestivo alto, que precisa traslado a UCI y transfusión de hemoderivados, estabilizándose el cuadro. Tras debate, se decide proceder a la colocación de la endoprótesis. 48 horas más tarde se repite el sangrado, esta vez masivo, con repercusión hemodinámica, además de la expulsión de la endoprótesis en un vómito hemático. Se decide traslado urgente a la sala de Rx Vascular.

Resultados: La arteriografía del árbol vascular aórtico revela una salida de contraste (blush) a nivel de las dos primeras ramas de la arteria gástrica izquierda, a nivel de la zona superior de la manga gástrica. Se consiguen embolizar ambas ramas, obteniendo la recuperación hemodinámica del paciente, así como la estabilización del sangrado. Ya en sala de cirugía se soluciona la fístula del ángulo de His de forma conservadora, con NPT y reposo digestivo.

Conclusiones: El sangrado secundario a la gastrectomía vertical laparoscópica es una complicación inusual, y suele autolimitarse, tanto si es endoluminal como a cavidad abdominal. En este caso acompañó a una fístula en el ángulo de His. De no ceder o ser masiva, se convierte en una complicación grave, pudiendo requerir una cirugía urgente, que dado el nivel, precisaría una resección gástrica y anastomosis esófago-yeyunal. En este caso conseguimos una solución más eficiente, que evitó la cirugía, y que demuestra que a pesar de la gastrectomía de la curvatura mayor y del fundus, la embolización de las primeras ramas de la gástrica izquierda no sólo no necrosa la zona, dada la rica vascularización gástrica, sino que no fue impedimento a que cerrara la fístula en el ángulo de His.

P-040

Tratamiento de la fístula gástrica tras gastrectomía tubular laparoscópica Comunicaciones Médicas. Póster.

Rodríguez Padilla, Ángela¹; Pérez Quintero, Rocío²; Morales Martín, Germán¹; Balongo García, Rafael².

¹Hospital Infanta Elena; ²Hospital Juan Ramón Jiménez.

26/05/2022 11:00 Pantalla 3

Objetivo: La gastrectomía tubular laparoscópica o sleeve es una alternativa quirúrgica para el tratamiento de la obesidad. Dados sus buenos resultados y baja morbilidad se está convirtiendo en la técnica de elección en los últimos años. La fuga o fístula gástrica es la complicación más temida y frecuente tras esta cirugía por su difícil solución, siendo más frecuente en la línea de grapas cercana a la unión esofagogástrica que a nivel distal. Recientes revisiones sistemáticas informan de una tasa de fuga del 2.2-2.4% con una mortalidad menor al 1%. No obstante, la tasa de fuga está relacionada con la curva de aprendizaje tal y como mostraba Noel et al en su estudio, así como otros estudios, con una tasa promedio de 1% (0%-5,7%). Diversas técnicas quirúrgicas y endoscópicas han sido propuestas para su tratamiento con resultados muy variables, o incluso la combinación de varias. En cuanto al tratamiento endoscópico, existen varias opciones que pueden combinarse entre ellas; el uso de stents, el drenaje de la colección intrabdominal relacionada con la fuga hacia la luz gástrica y el cierre directo del orificio. La estrategia depende de la experiencia endoscópica del equipo bariátrico, las características de la fuga y la presencia de una eventual estenosis gástrica. Presentamos 3 casos de fístula gástrica después de gastrectomía vertical laparoscópica tratada eficazmente mediante la aplicación de clips tipo Ovesco.

Material y método: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos de gastrectomía vertical entre los años 2008 y 2021 en la provincia de Huelva. 243 pacientes fueron sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica. 66% de los pacientes fueron mujeres y 34% varones. 3 pacientes (1,29%) presentaron fístula gástrica tras la cirugía, todos durante el periodo de curva de aprendizaje y con IMC > 60. De los 3 pacientes que presentaron fístula, 2 se consideraron fugas tempranas y se sometieron a reintervención quirúrgica (3 y 1 intervenciones) sin resolución del cuadro, y 1 se clasificó como fístula intermedia. Finalmente todos fueron tratados mediante tratamiento endoscópico durante varias sesiones.

Resultados: En todos los casos se realizó tratamiento endoscópico mediante clip tipo Ovesco. La cadencia inicial fue semanal y Posteriormente cada 3-4 semanas en régimen ambulatorio (cada paciente recibió 6, 5 y 1 sesiones). En cada sesión se realizaba refrescado de los bordes y aplicación de clips con el objetivo de cerrar la fístula (100% casos). El promedio de tiempo para su resolución fue de 44 días con un promedio de tiempo de ingreso de 62 días. Ninguno de los pacientes presentó ninguna complicación derivada del tratamiento endoscópico.

Conclusión: El tratamiento endoscópico mediante la aplicación sucesiva de clips tipo Ovesco puede postularse como una alternativa eficaz, segura y fácilmente reproducible en el tratamiento de la fístula tras la gastrectomía vertical.

P-026

Obstrucción intestinal por hernia interna en pacientes sometidos a bypass gástrico laparoscópico. Revisión de pacientes intervenidos entre 2015-2017 en el hospital príncipe de asturias Comunicaciones médicas. Póster.

Jiménez Martín, Rubén¹; García Martín, Laura²; Córdova García, Diego¹; Mañes Jiménez, Félix¹; Laguna Hernández, Pilar¹; Bru Aparicio, Marta¹; Díaz Pedrero, Raúl¹; San Román Romanillos, María Rosario¹; Ratia Giménez, Tomás¹; Gutierrez Calvo, Alberto¹.

¹Hospital Príncipe de Asturias; ²Hospital Clínico San Carlos.

26/05/2022 11:00 Pantalla 1

Objetivo: Revisar la incidencia de obstrucción intestinal por hernia interna en pacientes intervenidos de bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux en el Hospital Príncipe de Asturias en el período comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2017.

Material y métodos: Se llevó a cabo una revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes sometidos a bypass gástrico laparoscópico entre enero de 2015 y diciembre de 2017 en nuestro hospital. Una vez analizadas, recopilamos cuántos pacientes habían presentado obstrucción intestinal por hernia interna tras dicha intervención. El periodo mínimo de seguimiento de cada paciente fue de cuatro años.

Resultados: Como resultado de dicha revisión, cincuenta y tres pacientes habían sido sometidos a bypass gástrico laparoscópico por obesidad mórbida. De ellos, dieciséis fueron hombres y treinta y siete mujeres, con una edad media de 45,6 años y un IMC medio previo a la cirugía de 51,19 Kg/m² que, tras cuatro años de seguimiento postquirúrgico, disminuyó a una media de 36,99 Kg/m². Durante este periodo de tiempo dos mujeres, que tuvieron una pérdida ponderal de 73 y 56 kg respectivamente, presentaron una hernia interna. Ambas acudieron a urgencias con clínica de obstrucción intestinal que, tras confirmarse mediante TAC, precisaron intervención quirúrgica urgente, objetivándose un defecto mesentérico de la anastomosis yeyuno-yeyunal en los dos casos.

Conclusiones: Las hernias internas son la causa más frecuente de obstrucción intestinal después de un bypass gástrico laparoscópico. Son debidas a defectos mesentéricos que se crean al realizar el procedimiento en Y de Roux.

Los espacios potenciales de herniación en la técnica antecólica y retrocólica incluyen: el espacio de Petersen, delimitado por el mesocolon y el mesenterio del asa en Y de Roux, el defecto del mesocolon transversal en la técnica retrocólica y el espacio mesentérico de la anastomosis yeyuno-yeyunal.

En la literatura, se han descrito hernias internas entre el 1-5 % de los pacientes sometidos a un bypass gástrico laparoscópico, dato que coincide con nuestra serie de casos, que fue del 3,77%. La mayoría de las hernias ocurren a través del defecto del mesocolon transversal, a nivel de la anastomosis gastro-yeyunal, hecho que se contraponen a los resultados de nuestra revisión, donde ambas hernias se debieron a un defecto mesentérico de la anastomosis yeyuno-yeyunal.

La incidencia de hernia interna aumenta una vez el paciente ha perdido una cantidad significativa de peso, tal y como sucedió con las dos mujeres de nuestro estudio, que disminuyeron 73 y 56 kg respectivamente.

Si sospechamos que un paciente tiene una hernia interna debemos practicar un tránsito con Gastrografin oral y TAC, donde se puede apreciar distensión de asas y del estómago e ingurgitación de vasos mesentéricos o "signo del remolino". Si hay obstrucción intestinal con dolor y el paciente está inestable se lleva a cabo una exploración quirúrgica urgente.

P-041

La cirugía metabólica disminuye los cambios estructurales relacionados con la aterosclerosis subclínica, efecto que no depende del peso Comunicaciones médicas. Póster.

Pérez Quintero, Rocío¹; Rodríguez Padilla, Ángela²; Martínez Mojarro, Rocío¹; Balongo García, Rafael¹.

¹Hospital Juan Ramón Jiménez; ²Hospital Infanta Elena.

26/05/2022 11:00 Pantalla 3

Objetivos: Los pacientes con sobrepeso y obesidad tienen un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad asociados a eventos cardiovasculares. La cirugía bariátrica ha demostrado ser un tratamiento efectivo para el control a largo plazo del peso, comorbilidades, mortalidad total y asociada a la enfermedad vascular. La medición del grosor del complejo intima-media (CIM) a nivel carotídeo es un marcador subrogado estructural de arteriosclerosis, y predictor de futuros eventos cardiovasculares. La pérdida efectiva de peso después de cirugía bariátrica se ha relacionado con la reducción del grosor de CIM a los 18 meses en pacientes con obesidad mórbida. El objetivo de este estudio es determinar el efecto a largo plazo y comparar pacientes con y sin reganancia de peso.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo realizado entre 2003 y 2004 en el cual se reclutaron 51 adultos de la provincia de Huelva que iban a ser sometidos a cirugía bariátrica mediante técnica de bypass gástrico y con edades entre los 25 y 45 años con el objetivo de valorar la modificación de los factores de riesgo cardiovascular a los 18 meses. De este grupo se seleccionó para este estudio una cohorte de 39 pacientes con porcentaje de sobrepeso perdido (%SPP) mayor del 50% e IMC menor de 35 kg/m² a los 18 meses de seguimiento. Se realizó la medición del CIM, mediante ecografía Doppler color de ambos ejes carotídeos.

Resultado: Se analizaron los datos completos de 29 pacientes por pérdida de 10 pacientes en el seguimiento. La edad media al inicio del estudio fue de 48,3 (SD 6,2), y la proporción de mujeres fue de 58,6% (17/29). El índice de masa corporal (IMC) medio preoperatorio se redujo de 55,0 (SD 8,8) a 35,1 (SD 3,6) kg/m² al final del estudio (p=0,01), y el porcentaje medio de sobrepeso perdido (%SPP) a los 18 meses de 70,2 (DS 13,4) frente a un 57,3 (DS 16,77) a los 15 años (p<0,01). Ninguno de los pacientes tenían criterios de reganancia a los 18 meses, pero el 27,5% (8/29) presentaban dichos criterios a los 15 años.

Se redujo el número de pacientes con factores de riesgo cardiovascular a los 15 años, aunque no muestran significación estadística. En la muestra de sujetos analizados no existe correlación entre el IMC y el valor obtenido de aplicar el test de Framingham, ni al inicio (rho=0,97) ni al final del estudio (rho=1,29).

Conclusión: La reducción observada en el grosor del CIM, y la longitud y espesor de las placas de ateroma son mantenidas en el tiempo después de la cirugía bariátrica. Esta reducción no está directamente relacionadas por el IMC o el %SPP, efecto que se mantiene incluso ante la reganancia de peso, indicando un efecto metabólico independiente de la modificación del IMC, o del %SPP a largo plazo. Los mecanismos implicados en este efecto no están claros requiriendo otros estudios.

V-042

Cirugía de revisión para el tratamiento de la reganancia ponderal y la hernia de hiato asociada a reflujo gastroesofágico tras sleeve gástrico Comunicaciones médicas. Vídeo.

Sánchez Pedrique, Isabel¹; Alarcón Del Agua, Isaías²; García Fernández, Noelia²; Cano Muñoz, Ana²; Senent Boza, Ana²; Eleuterio Cerveró, Germán³; Socas Macías, María²; López Bernal, Francisco²; Pérez Andrés, Inmaculada²; Morales Conde, Salvador².

¹Hospital Nuestra Señora de Sonsoles; ²Hospital Universitario Virgen del Rocío;

³Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

26/05/2022 09:00 Sala D

Objetivos: Presentar una alternativa de manejo quirúrgico para pacientes con reganancia ponderal y hernia de hiato asociada a enfermedad por reflujo gastroesofágico tras gastroplastia vertical laparoscópica.

Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente de 56 años en el tercer año postoperatorio de un sleeve gástrico por obesidad extrema (IMC inicial 55,36 kg/m²). Inicialmente se consiguió una pérdida ponderal subóptima (peso mínimo 102 kg, con IMC 47,03 kg/m² al año de la intervención), pero tras el primer año postoperatorio la paciente presentó síntomas intensos de reflujo gastroesofágico (pirosis intensa, dolor epigástrico y precordial, vómitos), asociados a reganancia ponderal hasta recuperar un IMC de 49,12 kg/m². Se solicitaron las pruebas pertinentes: ecografía abdominal (sin alteraciones), tránsito esófago-gastro-duodenal (pequeña hernia axial de hiato por deslizamiento con reflujo gastroesofágico, contracciones terciarias esofágicas y buen paso del contraste a través del tubular gástrico, con antro de aproximadamente 7x5 cm), endoscopia digestiva alta (mucosa esofágica sin alteraciones, esófago ascendido 2cm sobre la impronta hiatal, permanentemente abierto), pHmetría (puntuación DeMeester 31,1) y manometría (esfínter esofágico inferior hipotónico) y se propone a la paciente cirugía de revisión para reconvertir su sleeve inicial a un bypass gastro-yeyunal, asociando un cierre de pilares. Tras informar a la paciente de los riesgos y beneficios de la intervención propuesta, se remite a Endocrinología y Nutrición para optimización preoperatoria con VLCD, alcanzando un IMC en el momento de la intervención quirúrgica de 47,45 kg/m².

Resultados: Se realiza cirugía de revisión por vía laparoscópica, en la que se realiza disección y reducción de la hernia de hiato, liberación del esófago torácico y abdominal y cierre de los pilares diafragmáticos con sutura irreabsorbible; y bypass gastro-yeyunal con *resizing* del reservorio gástrico mediante calibración con sonda de Faucher de 36F, 80 cm de asa biliar y 120 cm de asa alimentaria. El postoperatorio inmediato transcurre sin complicaciones.

Conclusiones: El sleeve gástrico se ha convertido en una técnica muy extendida debido a su relativa facilidad técnica y a su reproducibilidad en pacientes con obesidad extrema. Uno de sus principales problemas a largo plazo es el reflujo gastroesofágico, que puede ser refractario a tratamiento médico, invalidante para los pacientes y puede constituir por sí mismo la indicación de una cirugía de revisión. Puesto que únicamente proporciona una restricción a la ingesta, es posible que los pacientes presenten mayor reganancia ponderal a largo plazo que los pacientes sometidos a técnicas malabsortivas o mixtas. En estos casos, en función de las características del paciente, también puede plantearse una cirugía de revisión. La técnica de elección en un paciente con reflujo gastroesofágico y reganancia de peso es el bypass gastroyeyunal, que añade un mayor componente restrictivo y un componente malabsortivo. Éste puede ser llevado a cabo con seguridad y buenos resultados a largo plazo, principalmente por cirujanos expertos en centros de referencia.

O-022

Bypass duodenoyeyunal con una anastomosis y gastrectomía tubular en un modelo experimental de ratas diabéticas no obesas: resultados preliminares **Comunicaciones médicas. Oral.**

Miguel Melone, Sirio¹; Fernández Cebrián, José Mería²; Amores, Mario¹; Lopez-Tofiño, Yolanda³; Montero, María³; Abalo, Raquel³; Pérez, Elia¹; Guijarro, Carlos¹; Martínez Cortijo, Sagrario¹; Pazos, M. Ruth¹.

¹Fundación Hospital Alcorcón; ²Hospital Ramón y Cajal; ³Universidad Rey Juan Carlos.

25/05/2022 17:00 Sala A

Objetivo: Establecer un modelo experimental de cirugía metabólica realizando un bypass duodenoyeyunal y gastrectomía tubular en ratas diabéticas no obesas Goto Kakizaki (GK).

Material y métodos: Se utilizaron ratas GK macho de 12 semanas de edad a las que se les realizó un bypass duodenoyeyunal con una anastomosis y gastrectomía tubular, modificación de la técnica SADI-DS o SADI proximal (SADI-P). El grupo control fue sometido a una cirugía simulada que consistió en una gastrotomía anterior de 2 cm y gastrorráfia (SHAM). Durante las dos semanas previas a la cirugía se realizó una prueba de tolerancia a la glucosa mediante la administración de una sobrecarga oral de glucosa (SOG, 2mg/Kg) utilizando una sonda gástrica. Además, se realizó un estudio radiológico con contraste (Barigraf). El estudio radiológico se repitió a las 11 semanas, con el fin de analizar tanto el volumen gástrico, como el tránsito intestinal. En ambos grupos se establecieron los mismos cuidados pre- y postoperatorios y se realizó un seguimiento de 11 semanas tras la cirugía. El seguimiento consistió en el registro de peso e ingesta semanal, así como la realización de pruebas de SOG a las 2, 6 y 10 semanas de seguimiento.

Resultados: La técnica quirúrgica SADI-P condujo a una mortalidad del 42.9% de los animales operados. Las principales causas de muerte observadas fueron la fuga de anastomosis y la isquemia intestinal. Durante el seguimiento realizado no hubo diferencias en la ingesta alimentaria entre ambos grupos; sin embargo, sí se observó una diferencia significativa en el peso de los animales a partir de la semana 14 en la que las ratas SADI-P mostraban una menor ganancia de peso ($p < 0.01$), así como una menor glucemia basal medida, aunque en este caso no alcanza significación estadística. Por otro lado, en la SOG postoperatoria, se observaron mayores niveles de glucosa en el grupo SADI-P que en el SHAM a los 30 y 60 minutos de la administración de glucosa (SADI-P (30) 475.39 ± 16.1 , SHAM (30) 361.6 ± 16.2 ; SADI-P (60) 429.3 ± 16.1 , SHAM (60) 377.9 ± 15.5 ; $p < 0.01$ respectivamente). Durante el seguimiento, los niveles de glucosa se mantuvieron elevados en el grupo SADI-P a los 30 minutos de la SOG, pero disminuían de forma significativa a los 120 minutos con respecto al grupo SHAM (SADI-P (30) 436.1 ± 12.9 , SHAM (30) 353.4 ± 11.9 ; SADI-P (120) 290.9 ± 12.9 , SHAM (120) 330.77 ± 11.9 ; $p < 0.01$ respectivamente). En el estudio radiológico se comprobó que la cirugía redujo el volumen gástrico en un 35.3% en el grupo SADI-P con cambios en la densidad de contraste que sugieren un vaciamiento gástrico acelerado.

Conclusiones: El bypass duodenoyeyunal con una anastomosis y gastrectomía tubular conduce a una pérdida significativa de peso, sin alterar la ingesta alimentaria, en las ratas diabéticas no obesas GK. La técnica quirúrgica se asocia a una menor glucemia basal, aunque conduce a alteraciones paradójicas en la respuesta a la SOG que podrían asociarse con una mayor velocidad del vaciamiento gástrico.

P-022

Aplicación de solución de sellantes de fibrina como método de prevención de fuga en la gastrectomía vertical laparoscópica

Comunicaciones médicas. Póster.

Valero Sabater, Mónica¹; Fernando Trebolle, José¹; Lario Pérez, Sandra²; Orihuela Arroyo, Pilar¹; Yáñez Benítez, Carlos¹; Gracia Gimeno, Paola¹; García García, Alejandro¹; Blas Láina, Juan Luis¹.

¹Hospital Royo Villanova; ²Hospital General Universitario.

25/05/2022 18:00 Pantalla 3

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica es una de las técnicas más realizada en la actualidad en cirugía bariátrica. Sin duda, la hemorragia de la línea de grapado y la fuga postoperatoria son las dos complicaciones más temidas que pueden aparecer en el postoperatorio. Los sellantes tisulares a base de fibrina se presentan como una opción terapéutica como método de prevención de la fuga postoperatoria.

Objetivos: Presentar los resultados de nuestra serie de 71 casos de aplicación de solución de sellantes de fibrina en la gastrectomía vertical laparoscópica como método de prevención de fuga postoperatoria.

Material y método: Todos los pacientes incluidos en la serie fueron extraídos de la base de datos de cirugía bariátrica del Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova. Se realiza un análisis descriptivo de la serie y de los resultados obtenidos.

Resultados: Desde el 10 de septiembre de 2019 hasta el 11 de marzo de 2022 se han analizado un total de 71 pacientes en los que se ha realizado una gastrectomía vertical laparoscópica por obesidad mórbida con aplicación de solución de sellantes de fibrina. La distribución por sexo fue de 30 hombres (42,25%) y de 41 mujeres (57,74%). La edad media fue de 47,69 años [19 – 65]. El IMC medio fue de 44,3 [35 – 63]. Sólo en un paciente (1,40 %) se modificó la técnica standard de la gastrectomía vertical para realizar un sleeve-Nissen laparoscópico. La duración media de la intervención fue de 58,02 minutos [25 – 180]. 12 pacientes (16,9%) llevaron drenaje aspirativo en el postoperatorio. En 4 pacientes (5,63%) se sumó sutura continua de la línea de grapado. La estancia media fue de 2,87 días [2 – 9]. Como complicaciones aparecieron un caso (1,40%) de hemoperitoneo en el ingreso, y 4 reingresos (5,63%) en la primera semana de postoperatorio por fuga de la línea de sutura en cardias.

Conclusiones: El empleo de sellantes de fibrina en la gastrectomía vertical laparoscópica puede ser una opción terapéutica para mejorar el índice de fuga postoperatoria. En nuestra serie, su aplicación ha permitido reducir de forma muy importante el uso de drenaje aspirativo, si bien es preciso realizar un análisis comparativo con una serie histórica de gastrectomías verticales laparoscópicas sin su empleo para demostrar su eficacia.

P-065

Fistula gastrogástrica: una complicación del bypass gástrico que puede convertirse temporalmente en una solución

Comunicaciones médicas. Póster.

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

Hospital de Fuenlabrada.

26/05/2022 18:00 Pantalla 3

Objetivos: Presentar una complicación poco frecuente del bypass gástrico que suele hacer fracasar el procedimiento bariátrico pero que en algunas ocasiones puede convertirse en la solución de una situación grave tras una dehiscencia anastomótica

Material y métodos: La fístula gastrogástrica entre el reservorio y el remanente es una complicación típica aunque rara del bypass gástrico, que ocurría hasta en el 50% de los casos en los que se hacía grapado sin sección pero que continúa describiéndose con una tasa de incidencia entre el 0 y el 6% según las series.

Las causas suelen ser errores técnicos o procesos inflamatorios en la línea de grapado por úlceras o fugas anastomóticas

Las consecuencias de la repermeabilización gástrica son insuficiente pérdida ponderal, dolor abdominal y formación de úlceras marginales.

En la mayoría de las ocasiones se aconseja su reparación, ya sea endoscópica o quirúrgica.

Resultados: En nuestra serie hemos encontrado cuatro casos (0,8%) de fístulas gastrogástricas. Tres de ellas aparecieron de forma tardía siendo diagnosticadas en el seguimiento por recuperación ponderal o dolor abdominal. Dos de ellas se intervinieron reseccando parcialmente el remanente y resutura del reservorio.

El cuarto caso es una paciente de 48 años intervenida de un BPGY sin incidencias intraoperatorias y dada de alta a las 72 h que ingresó en Urgencias unos días después por fiebre y malestar general con una imagen sospechosa en TAC de fuga anastomótica.

Fue intervenida apreciándose una dehiscencia de la cara posterior de probable origen isquémico. Se reseccó parte del reservorio y del asa yeyunal y se rehízo la anastomosis.

Cuatro días después volvió a intervenir por mala evolución, apreciando de nuevo una fuga amplia de la sutura sin poder en este caso asegurar el cierre. Se dejó bien drenada la zona, se colocó una sonda nasoyeyunal y una gastrostomía de alimentación.

Tras permanecer varios días con soporte hemodinámico, la paciente evolucionó favorablemente, el débito de los drenajes se redujo a cero y en el TAC de control se apreció paso amplio de contraste oral tanto al asa yeyunal como al remanente gástrico. Se inició la dieta oral y la paciente fue dada de alta días después sin más incidencias. Permanece en seguimiento pendiente de plantear nueva intervención quirúrgica

Conclusiones:

- La fístula gastrogástrica es una complicación rara que supone normalmente un problema médico por dolor con la ingesta y fracaso del procedimiento bariátrico.
- Aunque puede haber otras etiologías, la presencia de una fuga o un proceso inflamatorio en la proximidad de la sutura parece ser la etiología principal
- Se recomienda en la mayoría de los casos la corrección endoscópica o quirúrgica
- El tratamiento debería incluir no solo la sección de la fístula sino también la resección del tejido circundante con grapado sobre tejido sano en el reservorio y el remanente.
- Paradójicamente en algunas situaciones como en una dehiscencia anastomótica compleja podría suponer temporalmente una solución efectiva a un cuadro grave y de pronóstico incierto

V-050

Incrementando la seguridad en cirugía bariátrica: detección de luz blanca con el modo verde de indocianina para guiar la sección gástrica. Comunicaciones médicas. Vídeo.

Sánchez Pedrique, Isabel¹; Alarcón Del Agua, Isaías²; Senent Boza, Ana²; Licardie, Eugenio³; Cordovés Weiler, Iván⁴; Socas Macías, María²; López Bernal, Francisco²; Pérez Andrés, Inmaculada²; Morales Conde, Salvador².

¹Hospital Nuestra Señora de Sonsoles; ²Hospital Universitario Virgen del Rocío; ³Hospital Infanta Elena; ⁴Complejo Hospitalario de Pontevedra.

26/05/2022 18:30 Sala D

Objetivos: Proponer la detección de luz blanca con el modo verde de indocianina como medida de seguridad en quirófano a la hora de realizar la sección gástrica en cirugía bariátrica.

Material y métodos: En las técnicas de cirugía bariátrica cuyo uso se encuentra más extendido (gastrectomía vertical laparoscópica y bypass gastro-yeyunal), uno de los gestos técnicos que requieren más atención y que pueden ser más conflictivos es la confección del reservorio gástrico: un reservorio demasiado ancho puede dar lugar a reganancias ponderales; un reservorio demasiado estrecho o torsionado puede dar lugar a disfagia, vómitos e intolerancia digestiva; una disección demasiado extensa puede originar zonas devascularizadas que condicionen la aparición de dehiscencias o fístulas; puede ser el origen de sangrados, dehiscencias, etc. Se han implementado diversas maniobras para confeccionar un reservorio gástrico funcional de manera segura, como son la disección cuidadosa del ángulo de His, la tutorización de la sección gástrica con sondas de Faucher, la detección de verde de indocianina para verificar la correcta vascularización, el uso de endoscopia intraoperatoria para comprobar la orientación...

Resultados: Gracias al modo de detección del verde de indocianina de los equipos de laparoscopia podemos emplear las sondas de luz gástrica con fuentes de iluminación LED para identificar mediante visualización directa el esófago la unión esófago-gástrica y el estómago tanto en cirugías primarias como en cirugías de revisión, en las que la fibrosis y las adherencias distorsionan la anatomía normal. También pueden servir de guía para realizar una sección gástrica más segura y confeccionar el reservorio gástrico con un mejor control de sus dimensiones y configuración tridimensional.

Conclusiones: La utilización de sondas de luz gástrica con fuentes de iluminación constituye un avance tecnológico fácil de aplicar y que repercute positivamente en la seguridad del paciente, facilitando la realización de algunos pasos críticos de la técnica quirúrgica.

P-053

Esteatohepatitis aguda postquirúrgica Comunicaciones médicas. Póster.

González Valverde, Francisco Miguel; Tamayo Rodriguez, M^a Encarnación; Del Valle Ruiz, Sergio; Valero Soriano, Maria; Gimenez Frances, Clara; López Morales, Pedro; Jimenez Moreno, Isabel; Rodriguez Lucas, Jose Maria.
Hospital General Universitario Reina Sofia.

26/05/2022 18:00 Pantalla 2

La obesidad mórbida se asocia a un riesgo elevado para las enfermedades hepáticas, especialmente la esteatosis hepática. Aunque la cirugía bariátrica es eficaz en el cumplimiento de los objetivos ponderales, sus efectos sobre el hígado no se han establecido convincentemente. Presentamos el caso de una paciente intervenida para Bypass gástrico laparoscópico que presentó un postoperatorio tormentoso y un fallo hepático grave tardío.

Caso clínico: mujer de 38 años con antecedentes de Asma extrínseca grave en tratamiento corticoideo crónico, Déficit IgA, Dislipemia, Hipotiroidismo, Síndrome depresivo, Radiculopatía (Hernia L4-L5 con lumbalgia), tabaquismo y CPAP domiciliaria por SAHS/RAVAS, con ingresos por infecciones respiratorias de repetición.

Intervenida para BPGL con IMC 42,5 k/m² con reintervención por shock séptico secundario a perforación yeyunal 48h después. Pasó a UCI con muy tórpida evolución al principio, con gran dificultad en la ventilación mecánica, fallo renal que requirió diálisis y distress respiratorio, pero finalmente fue dada de alta un mes tras la cirugía con la única secuela de una polineuropatía del paciente crítico. Reingresó una semana después por TEP, con empeoramiento durante el ingreso y siendo diagnosticada de infección respiratoria por COVID19. Evolucionó favorablemente, pero dos semanas después consultó por fiebre, ictericia, diarrea (aislamiento de *C. difficile*) y vómitos (precisó NPT). Se realizó una TC que observó una importante hepatomegalia con marcada disminución de la densidad en relación con esteatosis, no presente en estudio preoperatorio, sin signos de hipertensión portal. En la analítica destacaba el aumento de transaminasas en contexto de hipertrigliceridemia. Se constata ESTEATOSIS HEPÁTICA SEVERA no conocida y de rápida progresión (confirmada con biopsia hepática). Con tratamiento conservador la paciente evoluciona bien y actualmente se encuentra asintomática, con parámetros analíticos y radiológicos hepáticos normales e IMC 21k/m².

Discusión: Si bien las técnicas de cirugía bariátrica actuales son bastante seguras, se han descrito casos de fallo hepático, que se han relacionado con la progresión de una esteatohepatitis preexistente y otros factores favorecedores relacionados con la cirugía. Los tratamientos disponibles abarcan desde el tratamiento sintomático hasta el trasplante hepático. En el caso descrito aquí, los posibles desencadenantes fisiopatológicos incluyen el NUTRICIONAL por movilización excesiva de ácidos grasos con mejoría de la clínica paralela a mejoría analítica y ANTIBIOTICO por teoría de sobrecrecimiento bacteriano.

Conclusión: La esteatohepatitis no alcohólica severa de rápida instauración secundaria a rápido adelgazamiento tras cirugía bariátrica es una complicación que se debe tener en cuenta, especialmente en pacientes con una evolución postoperatoria tormentosa.

V-043

Bypass gástrico laparoscópico: complicaciones a largo plazo, 3 en 1 Comunicaciones Médicas. Vídeo.

Carlin Gatica, Jorge¹; Veguillas Redondo, Pilar¹; Diez Izquierdo, Julia¹; Morante Castaño, Juana².

¹Hospital General de Guadalajara; ²Hospital General de Toledo.

26/05/2022 09:00 Sala D

Paciente intervenida debypass gástrico laparoscópico en 2007, que presenta 3 complicaciones a largo plazo: fístula gastro-gástrica, candy cane y hernia interna a nivel de la anastomosis Y-Y. El video presenta la cirugía de revisión.

V-013

Gastrectomía vertical robótica tras banda gástrica ajustable Comunicaciones médicas. Vídeo.

Bueno Cañones, Alejandro David; Pinto Fuentes, Pilar; Pacheco Sánchez, David; Acebes Garcia, Fernando; Marcos Santos, Pablo; Veleda Belanche, Sandra; Lizarralde Capelastegui, Andrea Carlota; Maestro De Castro, Jose Luis; Tejero Pintor, Francisco Javier; Bailón Cuadrado, Martín.
Hospital Universitario del Río Hortega.

25/05/2022 15:30 Sala D

Introducción: La obesidad supone actualmente una enfermedad con una prevalencia en aumento a nivel mundial. La banda gástrica es una técnica que permite una pérdida de peso inferior comparada con otras técnicas de cirugía bariátrica a largo plazo. La gastrectomía vertical (GV) se ha convertido en una técnica ampliamente empleada por los equipos de cirugía bariátrica, debido a la baja morbilidad y a la adecuada pérdida de peso de los pacientes. El abordaje robótico añade a la técnica una disminución de las complicaciones comparándose con el abordaje laparoscópico.

Objetivos: Se presenta un vídeo donde se muestra la realización de una gastrectomía vertical asistida por robot tras banda gástrica ajustable.

Material y métodos: Paciente mujer de 64 años de edad con antecedentes personales de hipotiroidismo, dislipemia y obesidad mórbida tratada mediante banda gástrica ajustable laparoscópica en 2012. Tras la pérdida de peso inicial, la paciente presentó una reganancia del peso durante el seguimiento, con IMC de 47,54 kg/m². Se decide la realización de gastrectomía vertical mediante abordaje robótico y retirada de la banda gástrica.

Resultados: Se llevó a cabo la intervención mediante abordaje robótico. Se observó la desconexión de la banda gástrica. Se llevo a cabo su retirada y la realización de gastrectomía vertical calibrada mediante sonda orogástrica de 38F. El procedimiento fue llevado a cabo sin complicaciones intraoperatorias. El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos.

Conclusión: La banda gástrica presenta mayor tasa de reganancia de peso que otras técnicas de cirugía bariátrica. La gastrectomía vertical se presenta como técnica de reevaluación ante el fracaso de la misma. El abordaje robótico permite la realización de procedimientos complejos, con mayor facilidad.

O-029

Incidencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico tras gastrectomía tubular laparoscópica en una serie de 155 pacientes

Comunicaciones médicas. Oral.

Cascales Sanchez, Pedro; Martinez Moreno, Agustina; Ivanov Stoyanov, Toni; Sanchez Gallego, Alba; Aguado Rodriguez, Beatriz; Lison Jimenez, Patricia; Camara, Sonia; Garcia Blazquez, Emilio.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

25/05/2022 18:30 Sala A

Objetivos: analizar la incidencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) tras gastrectomía tubular laparoscópica (GTL) en una serie de 155 pacientes intervenidos en nuestro centro.

Pacientes y métodos: entre mayo de 2006 y abril de 2019 en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, se intervinieron 155 pacientes con obesidad mórbida mediante la técnica de gastrectomía tubular laparoscópica. La edad media fue de 46,4 años (19-69). 89 fueron mujeres y 66 hombres. El IMC medio fue 47,6 (35,3-70,3). Las enfermedades previas más frecuentes fueron hipertensión, diabetes y SAOS. Todos los pacientes fueron valorados en sesión clínica conjunta con el Servicio de Endocrinología y remitidos a la Unidad de Cirugía Bariátrica para intervención quirúrgica programada. Todos los pacientes fueron intervenidos por el mismo equipo quirúrgico (acceso con 5 trocares y óptica de 30º). El seguimiento de los pacientes fue entre 36 y 188 meses. En todos los casos, la presencia de ERGE de *novo* se confirmó por la clínica, la realización de un tránsito esófago-gastro-duodenal (TEGD) y la realización de una gastroscopia.

Resultados: en nuestra serie, 10 pacientes (6,4%) presentaron ERGE de *novo* durante el seguimiento, de los cuales en 7 pacientes (4,5%) dicha enfermedad fue severa y precisaron cirugía de revisión a Bypass Gástrico laparoscópico, 2 de ellos asociaron además reganancia de peso. No hubo incidencias durante la cirugía de revisión ni complicaciones postoperatorias en ningún caso.

Conclusión: la ERGE aparece como una complicación de la GTL de frecuencia variable según las diferentes series. Su diagnóstico viene dado por la clínica durante el seguimiento, el TEGD y la gastroscopia. En nuestra serie, la GTL aparece como una técnica con baja incidencia de ERGE y de conversión a Bypass gástrico laparoscópico. Una adecuada y meticulosa selección de los pacientes candidatos a GTL es fundamental descartando la posibilidad de ERGE previa a la realización de la técnica para así prevenir su Pósterior agravamiento.

P-001

Resolución de problemas intraoperatorios del bypass gástrico: impactación del cabezal de la sutura circular en esófago

Comunicaciones Médicas. Póster.

Cano Pecharromán, Esther María; Arroyo Vélez, Jose Luis; Acedo Fernández De Pedro, Felipe; Martín García, Mikel; Barrenetxea Asua, Julen; García Fernández, Marta María; Leturio Fernández, Saioa; Loureiro González, Carlos; Ortiz Lacorzana, Javier; Díez Del Val, Ismael.

Hospital de Basurto.

25/05/2022 18:00 Pantalla 1

Introducción: El bypass clásico laparoscópico se ha realizado inicialmente con anastomosis gastroyeyunal circular, según la descripción de Wittgrove y Clark en 1994. Hoy en día diferentes grupos realizan anastomosis látero-lateral lineal o manual.

La migración esofágica del cabezal circular es una complicación rara pero muy temida.

Exponemos en el caso clínico de una paciente que presentó este problema y cómo la endoscopia intraoperatoria fue utilizada en su resolución.

CASO CLÍNICO: Mujer de 46 años con SAHOS e IMC de 45,3 a la cual se propone un bypass gástrico laparoscópico.

Una vez realizado el reservorio gástrico se coloca el cabezal por vía transoral y se fija mediante una bolsa de tabaco. Tras la anastomosis del pie de asa se comprueba la ausencia del cabezal por migración proximal del mismo.

Se procede a la ampliación del orificio del reservorio, sin encontrar el cabezal en su interior, por lo que se decide extraerlo por vía oral. Para ello se solicita al anestesista que traccione del mismo, ayudándose sucesivamente del desinflado del tubo oro-traqueal, incluso extubando al paciente, sin éxito.

Se decide realizar una endoscopia intraoperatoria, mediante la cual se localizó el cabezal y, mediante visión directa, se completó el descenso del cabezal hasta el reservorio gástrico, donde se pudo extraer. Se procedió a rehacer el reservorio resecaando la parte más distal del mismo. A partir de aquí el procedimiento continuó sin incidencias y el postoperatorio cursó sin complicaciones.

Discusión: Numerosos equipos han abandonado la anastomosis circular mecánica con el uso de dispositivos transorales por el riesgo de complicaciones.

En nuestro equipo se continúa realizando por ser una anastomosis reproducible y por la práctica habitual y baja tasa de complicaciones.

Existen varias maniobras que pueden ayudarnos a la resolución de la migración. El caso que presentamos pudo resolverse fácilmente gracias a que los propios cirujanos realizamos endoscopia intraoperatoria, cuestión de especial interés dado que la cirugía se realizó en jornada de tarde.

Consideramos imprescindible que el equipo quirúrgico cuente con la endoscopia intraoperatoria como parte de su arsenal terapéutico de cara a la resolución de problemas intraoperatorios como el que presentamos.

V-028

Conversión a bypass gástrico por fracaso de gastrectomía vertical

Comunicaciones médicas. Vídeo.

Acedo Fernández De Pedro, Felipe; Cano Pecharromán, Esther María; Martín García, Mikel; Arroyo Vélez, José Luis; Hierro-Olabarria Salgado, Lorena; García Fernández, Marta María; Leturio Fernández, Saioa; Loureiro González, Carlos; Ortiz Lacorzana, Javier; Díez Del Val, Ismael.

Hospital de Basurto.

25/05/2022 18:30 Sala D

Introducción: La gastrectomía vertical (GV) fue desarrollada inicialmente como un primer tiempo quirúrgico en pacientes superobesos. A partir de 2007 fue aceptada como procedimiento bariátrico único.

Entre las potenciales ventajas se incluyen su simplicidad por la ausencia de anastomosis intestinales, el riesgo nulo de hernias internas, la preservación pilórica y la posibilidad de realizar cualquier otro procedimiento Posteriormente.

Actualmente, la GV es la técnica bariátrica más realizada en el mundo. Sin embargo, como en numerosas técnicas restrictivas, el riesgo de complicaciones y/o reganancia ponderal es elevado, requiriendo conversión a otra técnica.

Presentamos el caso de una paciente que precisó cirugía de revisión, incidiendo en los detalles técnicos.

CASO CLÍNICO: Mujer de 34 años sin antecedentes personales de interés remitida a consultas de cirugía bariátrica por fracaso de cirugía previa. Intervenido en 2010, realizándose gastrectomía vertical como técnica definitiva. En el momento de la cirugía, IMC de 51 kg/m². La evolución postoperatoria fue favorable, alcanzando un peso mínimo de 73 kg.

La paciente fue perdida durante el seguimiento en consultas, siendo remitida de nuevo a nosotros en 2021 por reganancia ponderal, con IMC de 46,5 kg/m².

Presentada de nuevo en comité multidisciplinar, se decide cirugía de conversión.

Estudio preoperatorio completo con ecografía, gastroscopia, pruebas funcionales respiratorias y valoración psiquiátrica no contraindica la cirugía.

El video muestra la conversión a bypass gástrico laparoscópico. Se confecciona el nuevo reservorio gástrico de aproximadamente 5 x 3 cm con endograpadora de carga verde (4,1 mm). Se crea un asa biliopancreática de 50 cm y alimentaria antecólica de 200 cm con anastomosis gastroyeyunal circular de 25 mm con Orvil transoral.

El postoperatorio transcurre sin incidencias.

Discusión: La gastrectomía vertical puede considerarse como procedimiento bariátrico único en pacientes seleccionados, aunque ha demostrado una elevada tasa de fracasos cuando se indica en pacientes con IMC alto.

La cirugía de revisión es compleja y exige especial atención a ciertos detalles técnicos: adhesiolisis extensa, uso de endograpadoras con mayor profundidad de grapa, posibilidad de isquemia en zonas de confluencia entre líneas de grapado... con mayor riesgo de conversión y de complicaciones postoperatorias, por lo que debería ser realizada por equipos experimentados.